



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

10-я Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ

28 - 30 Марта 2019 · Санкт-Петербург · Холидей Инн Московские ворота

СБОРНИК
МАТЕРИАЛОВ
КОНФЕРЕНЦИИ



2019
10 ЛЕТ ВМЕСТЕ
2010



актуальные вопросы
эндоскопии

Санкт-Петербург

При поддержке
и участии:



Комитет по здравоохранению
Санкт-Петербурга



Эндоскопическая секция
хирургического общества
Пирогова, Санкт-Петербург



Санкт-Петербургский
государственный педиатрический
медицинский университет



Городская Мариинская
больница, Санкт-Петербург



Научно-практический журнал
«Клиническая эндоскопия»

Программный
комитет:



Российское эндоскопическое общество

тел./факс: +7 (812) 635-65-64
endo@rusendo.ru | www.endoscopia.ru

Организатор:



ООО «Центр Деловых контактов и сотрудничества»

тел./факс: +7 (812) 635-70-15/16
e-mail: info@cdkscenter.ru | www.cdkscenter.ru
Для корреспонденции: 194295, Санкт-Петербург, а/я 36

**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 КОЛЛЕГИ, УВАЖАЕМЫЕ ГОСТИ, ДРУЗЬЯ!

В прошлом году, заканчивая свое приветствие, я сказал: – «До новых встреч! Время идет быстро, и я надеюсь увидеть Вас красивыми, здоровыми, успешными на 10-й Конференции через год».

Вот и прошел год, и мы снова вместе. 10 лет – это совсем небольшой срок, но для нас эндоскопистов – это огромный отрезок нашей эндоскопической жизни. Современной эндоскопии в нашей стране всего 51 год. И сегодня на нашей 10-й юбилейной конференции хочется вспомнить основателей отечественной эндоскопии. Это Стрекаловский В.П., Корнилов Ю.М., Сотников В.П., Галлингер Ю.И., Поддубный Б.К., Балалыкин А.С. Многие из присутствующих являются учениками этих замечательных профессионалов и прекрасных учителей.

Достижения отечественной эндоскопии за последние десятилетия впечатляют. Сегодня благодаря Вам, дорогие коллеги, во многих регионах страны выполняются практически все эндоскопические манипуляции и операции. За эти годы выросла огромная плеяда эндоскопистов, которые с честью представляют нашу страну на международных конференциях. Наши доктора выполняют практически все эндоскопические операции мирового уровня. В этом году в прямых трансляциях участвуют только российские доктора и медицинские сестры.

Огромное Вам спасибо, что Вы учитесь! Благодаря Вашему стремлению к обучению новым эндоскопическим методикам каждый год в нашей конференции появляются дополнительные симпозиумы и курсы.

Сегодня эндоскопия в России держится только на энтузиастах и профессионалах, которыми Вы являетесь, и хочется еще раз поблагодарить Вас за это!

Этот год особый. В своем послании Президент России В.В. Путин уделил медицине огромное место и прежде всего вопросу улучшения диагностики и лечения онкологических заболеваний. Мы с Вами прекрасно знаем, понимаем и можем это делать: диагностировать ранний рак пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки, панкреато-билиарной зоны, центральный рак легкого. А это 52% всех локализаций рака человека. Только ранний рак можно вылечить, а это наше с Вами дело — дело врачей-эндоскопистов. Будущее в диагностике и лечении раннего рака этих локализаций за эндоскопией. Этой теме в рамках нашей конференции уделено большое количество времени.

Сегодня на нашей конференции присутствуют иностранные коллеги, с которыми на протяжении этих 10 лет мы тесно сотрудничаем. Это ведущие специалисты из Японии, Германии, Италии, Англии, Франции, Голландии, Великобритании, США, Кореи. Хочется выразить им благодарность за учёбу и признание!

Во время нашей конференции традиционно работает выставка компаний производителей и поставщиков эндоскопического оборудования, инструментов, лекарственных средств, демонстрирующих новые достижения в эндоскопии. На протяжении 10 лет мы знакомимся с новинками, помогающими нам в работе. От всех участников конференции хочу выразить всем компаниям нашу благодарность.

Проведение конференции невозможно без Центра деловых контактов и сотрудничества. Мы все знаем и любим сотрудников ЦДКиС, которые прилагают огромные усилия для безупречной организации конференции, уже знакомы со многими из Вас лично и всегда стремятся сделать конференцию достойной.

Желаю всем участникам конференции крепкого здоровья, профессиональных знаний, хороших добрых встреч с друзьями и коллегами. Надеюсь, время, проведенное на нашей конференции и в нашем прекрасном городе оставят у вас самые приятные впечатления и теплые воспоминания.

До новых встреч, дорогие коллеги и друзья, 11-я конференция очень близко! Всего через 1 год!



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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. P. Korolev', written in a cursive style.

Grip-Wire

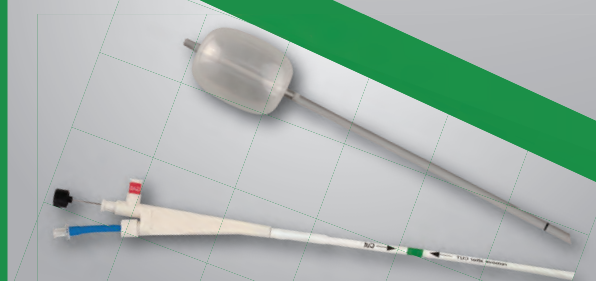
Лучший контроль заведения проводника за счет спиралевидной формы, низкое сопротивление трению, высокая вращаемость, высокая гибкость дистальной части проводника обеспечивает эффективную канюляцию в сложных случаях



Петли для полипэктомии,

«КУДО», управляемые

С плоскими жесткими боками для лучшего прилегания к рабочей поверхности



РОС катетер

Для исследования внутрипеченочных желчных протоков

Подробный каталог
с возможностью предзаказа на сайте

www.mtw-endoskopie.ru

194044, Санкт-Петербург, ул.Чугунная, д.2а,
тел. 8-800-555-94-32, mtw@pldelga.com



СДЕЛАНОВГЕРМАНИИ

СОДЕРЖАНИЕ

Бронхоскопия	9
Пищевод	45
Желудок	97
Панкреато-билиарная эндоскопия	145
Толстая и тонкая кишка	227
Детская эндоскопия	267
Организационные вопросы	297

Генеральные спонсоры

Специальный спонсор

PENTAX
MEDICAL

OLYMPUS

IPSEN
Innovation for patient care

EndoStars
...all you need for endoscopy!

MTW
Endoskopie Manufaktur

Takeda

Спонсоры

Endomed

OMT
ГРУППА КОМПАНИЙ

HUGER
ENDOSCOPY SYSTEM

SonoScape
видеоэндоскопические системы

P-FARM
Инновационные
технологии
здоровья

АстраЗенека



ПРОСТОТА И ШИРОКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Настоящая сила для уверенности

Новая электрохирургическая система **ESG-300** с модулем подачи аргона APU-300 разработана с учетом всех потребностей эндоскопистов: как начинающих, так и экспертов мирового уровня. Современная, интуитивно понятная система открывает широкие возможности в процедурах, выполняемых для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и бронхов. **ESG-300** позволяет избежать сложностей, связанных с использованием универсальных генераторов, и при этом является простым, безопасным и интеллектуальным источником энергии.

- Максимальная выходная мощность 120 Ватт
- Дополнительный модуль подачи аргона APU-300
- Наличие всех режимов, необходимых для эндоскопических процедур
- Возможность сохранения индивидуальных настроек
- Беспроводная педаль

За подробной информацией по электрохирургической системе обращайтесь к сотрудникам Olympus

ООО «Олимпас Москва»

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



14348

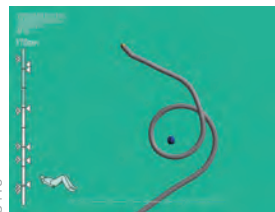
ScopeGuide: контроль образования петель

Система позиционирования эндоскопа ScopeGuide – это:

- Точность 3D позиционирования колоноскопа в режиме реального времени позволяет лучше контролировать эндоскоп в толстой кишке пациента и прицельно ассистировать при мануальной помощи
- Мобильность и экономия пространства в эндоскопическом кабинете
- Простота подключения: изображение поступает напрямую с CF-HQ190I/L или с помощью датчика MAJ-1878, вводимого через инструментальный канал эндоскопа



15195



8419



14204

ООО «Олимпас Москва»

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

OPTIVISTA

Видеопроцессор EPK-i7010

Уникальное сочетание оптического и цифрового улучшения качества изображения для совершенствования диагностики *in vivo*



Видеопроцессор PENTAX Medical OPTIVISTA EPK-i7010 совместно с новейшими эндоскопами серии i10 HD+ обеспечивает непревзойденное качество изображений. Будь то стандартная процедура или сложное вмешательство, видеопроцессор OPTIVISTA EPK-i7010 поможет достичь наилучших клинических результатов.

Помимо общепризнанных режимов i-scan, видеопроцессор OPTIVISTA EPK-i7010 теперь имеет функцию i-scan OE (оптическое улучшение качества изображений), что создает уникальную платформу, совмещающую достоинства как цифрового, так и оптического улучшения качества изображений. Эта уникальная комбинация дает дополнительную информацию для более точной диагностики *in vivo* за счет лучшей характеристики сосудистого рисунка и структуры слизистой.

Лучшее выявление

- Четкое изображение с высоким разрешением в сочетании с режимом визуализации i-scan и отличным освещением позволяет тщательнее осмотреть слизистую и облегчает выявление патологических изменений.

Оптимизация диагностики *in vivo*

- Уникальная комбинация цифрового улучшения качества изображений (i-scan) и оптического усиления (i-scan OE) придает дополнительную уверенность при диагностике *in vivo* за счет лучшей характеристики сосудистого рисунка и структуры слизистой.

Мощная образовательная платформа

- Опция TwinMode отлично подходит для демонстрации правильной интерпретации изображений, полученных при эндоскопическом исследовании улучшенного качества, позволяя одновременно сравнивать параллельные эндоскопические изображения.
- Встроенная система аудио- и видеозаписи (HD+) позволяет получать и передавать последние научные данные из эндоскопического кабинета коллегам и экспертам.



актуальные вопросы
эндоскопии
Санкт-Петербург

БРОНХОСКОПИЯ

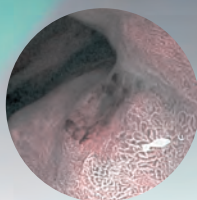
10-я Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ



HD-330

ЭКСПЕРТНОЕ РЕШЕНИЕ ДОСТУПНОЕ ВСЕМ



Больше деталей, лучше диагностика

VIST - это технология мультиспектральной визуализации, сочетающая оптическую и цифровую обработку изображений. В сочетании с CMOS-матрицей эндоскопа и ксеноновым источником света видеэндоскопическая система HD-330 позволяет получать изображения высокого разрешения с улучшенной детализацией слизистой оболочки и кровеносных сосудов, дает возможность более эффективно диагностировать предраковую патологию и ранние формы рака пищеварительной системы.



Автоматизированный рабочий процесс

Встроенная рабочая станция, с жестким диском объемом 500 Гб, хранит и архивирует данные о пациентах, фото и видео исследований, позволяет создавать, редактировать и выводить на печать отчеты. Позволяет быстро перенести все данные на внешние USB-носители (флэшки и жесткие диски). Легко интегрируется в сеть ЛПУ по протоколу DICOM.



Уверенность и комфорт во время исследования

Превосходная маневренность благодаря постепенной жесткости и короткому радиусу изгиба, эргономичный дизайн с легкой рукоятью и программируемыми кнопками. Отдельный канал для подачи воды (Water-Jet) облегчает процесс исследования в условиях проведения операции или недостаточной подготовки пациента.

SonoScape



ООО «СОНОСКЕЙП МЕДИЦИНА РУС»
8-800-511-94-32
russia@sonoscape.net

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

Гасанов А. М., Тарабрин Е. А., Даниелян Ш. Н., Погодина А. Н., Гасанов М. А.
ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ

г. Москва

Цель исследования

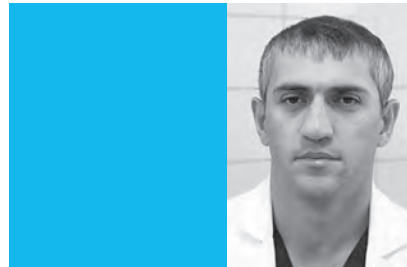
Оценка эффективности эндоскопического стентирования у пациентов с рубцовыми стенозами трахеи.

Материал и методы исследования

За период с 2014 по 2017 годы в отделении неотложной торакоабдоминальной хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было выполнено 104 эндоскопических стентирования у 58 пациентов с рубцовыми стенозами трахеи. Из них 34 мужчины в возрасте от 21 до 67 лет и 24 женщины в возрасте от 17 до 45 лет, средний возраст пациентов составил 45 ± 2 лет. Для оценки степени сужения трахеи применялась классификация М.И. Перельмана (1975г). Всем пациентам со стенозом трахеи выполнялась компьютерная томография груди (КТ) и трахеобронхоскопия. Для установки стента применялась ригидная трахеоскопия с предварительным бужированием стеноза трахеи под общим обезболиванием с применением высокочастотной вентиляции. В качестве эндопротезов использовали силиконовые самофиксирующиеся трахеальные эндопротезы типа «Дюмон» ОАО «Медсил». Контрольная трахеоскопия проводилась на вторые сутки после стентирования, перед выпиской из стационара, через 6 месяцев и по показаниям.

Результаты

По данным эндоскопического исследования и компьютерной томографии (КТ) у 36 пациентов диагностирован стеноз трахеи II степени, у 22 — III степень. Применяли эндопротезы с внутренним диаметром 10 мм — 30 (29%), 11 мм — 44 (43%), 12 мм — 18 (17%), 9 мм — 7 (7%), 13 мм — 2(2%), 14 мм — 2 (2%). Протекция зоны стеноза силиконовым стентом у всех пациентов составила от 4 до 14 месяцев, в среднем 8 ± 1 месяцев. Из 58 пациентов результат стентирования оценен у 37 пациентов, остальные 19 не явились на удаление эндопротеза по неизвестным причинам и были исключены из исследования. У 15 пациентов (40%), которым было выполнено 30 стентирований, длительная протекция зоны стеноза силиконовыми стентами не привела к формированию стойкого просвета трахеи, и им выполнялись этапные реконструктивно-пластические операции. Основным поводом для этого послужило рестенозирование трахеи в 17 наблюдениях, миграция стента — в 6 наблюдениях, формирование трахеомалации в зоне стеноза — в 4 наблюдениях, прогрессирующее сужение просвета трахеи после удале-



■ Гасанов А. М.

ния стента — в 3 наблюдениях. Эндопротезирование как окончательный метод лечения рубцового стеноза трахеи явилось у 22 пациентов (60%). Этим пациентам в общей сложности было выполнено 40 эндоскопических стентирований трахеи.

Эндопротезирование, как единственный метод лечения при рубцовых стенозах трахеи, было выполнено 12 пациентам. В 5 наблюдениях стентирование выполнялось при рестенозе трахеи в зоне трахеального анастомоза, после циркулярной резекции трахеи. У 5 пациентов после трахеопластики с формированием трахеофиссуры развился рестеноз у дистального края трахеофиссуры, эндоскопическое стентирование позволило добиться стойкого просвета трахеи у всех этих пациентов. У 10 пациентов эндопротезирование было выполнено однократно, 12 пациентам потребовалось рестентирование или коррекция положения стента в связи с его миграцией и ростом грануляций по краям стента. Наиболее часто стент мигрировал в проксимальном направлении — 15 (37%), в дистальном направлении — 10 (25%) случаев, полная миграция стента была в 3-х наблюдениях (6%). Длительность протекции зоны стеноза трахеи силиконовым эндопротезом у пациентов, которым стентирование явилось окончательным методом лечения, составляло в среднем 8 месяцев.

Выводы:

Используемые в клинической практике НИИ СП им. Н.В. Склифосовского эндоскопическое стентирование при рубцовых стенозах трахеи с применением силиконовых эндопротезов позволяет достичь стойкого просвета трахеи с полной эпителизацией слизистой оболочки у 60% пациентов. Эндоскопическое стентирование эффективно у пациентов с развившимся рестенозом после этапных реконструктивно-пластических операций на трахее.

ОПЕРАТИВНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ БРОНХОВ

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

¹ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

²ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России г. Новосибирск

г. Новосибирск



■ Дробязгин Е. А.



■ Судовых И. Е.



■ Аникина М. С.

Интервенционные вмешательства при опухолях бронхов выполнены 25 пациентам (14 мужчин и 11 женщин), в возрасте от 38 до 76 лет.

Причинами сужения бронха были: аденома бронха в 6 случаях, рак легкого в 1, хондрома бронха в 2, типичный карциноид в 3, метастаз рака почки в 3, метастаз лейомиосаркомы матки в 1, гамартома в 4, неврилеммома в 1, вос-

палительная псевдоопухоль в 1, сдавление бронха извне в 1, папиллома в 2.

Эндоскопическое исследование перед удалением выполнено во всех случаях с целью визуализации опухоли и определения тактики удаления. У 3 пациентов опухоль локализовалась в правом главном бронхе, у 1 в левом главном бронхе, у 3 в нижнедолевом бронхе справа, у 1 в нижнедолевом бронхе слева, у 3 в В3 слева, у 5 в бронхе верхней доли правого легкого, у 6 в бронхе верхней доли левого легкого (рисунок 1а), у 2 в бронхе средней доли (рисунок 1б), у 4 в промежуточном бронхе.

У 8 пациентов размеры опухоли были от 5 до 10 мм, у 3 до 5 мм, у 12 от 11 до 15 мм и у 2 от 16 до 20 мм. В трех случаях опухоль выступала в трахею, частично перекрывая просвет главного бронха противоположного легкого, нарушая дыхание.

При выборе метода удаления опухоли предпочтение отдавалось петлевой электроэксцизии опухоли. Вмешательство проводилось под общим обезболиванием с интубацией трахеи тубусом ригидного бронхоскопа Friedel с применением высокочастотной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Считаем этот способ оптимальным из-за его высокой безопасности и возможности адекватного обеспечения ИВЛ даже в условиях кровотечения при удалении опухоли.

Данный метод использован у большинства (21) пациентов. В 2 случаях дополнительно производилось скусывание опухоли щипцами фибробронхоскопа. В 4 случаях при небольших размерах образования выполнено щипцовое удаление опухоли при проведении фибробронхоскопии, которое в 1 случае было дополнено аргоноплазменной коагуляцией основания удаленной опухоли. В 1 случае после удаления опухоли вмешательство дополнено установкой в правый главный бронх силиконового стента типа Dumon. У пациентки со сдавлением левого главного бронха извне опухолью средостения для декомпрессии был установлен металлический саморасправляющийся стент (Рис. 2).

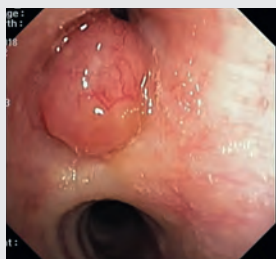


Рис. 1а. Опухоль верхнедолевого бронха слева



Рис. 1б. Опухоль бронха средней доли



Рис. 2а. Стеноз левого главного бронха из-за сдавления извне



Рис. 2б. Эндофото после установки стента в левый главный бронх



Рис. 3а. После удаления опухоли правого главного бронха

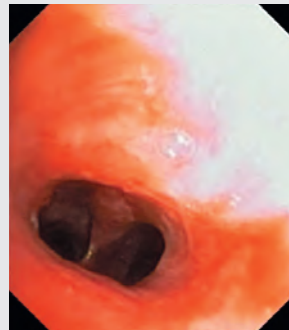


Рис. 3б. После удаления опухоли среднедолевого бронха

В ходе выполнения вмешательств в пяти случаях отмечено кровотечение, которое носило умеренный характер и остановилось самостоятельно. На 1–2 сутки после вмешательства осуществлялся осмотр для оценки состояния трахеи и бронхов (Рис. 3 а, б).

Повторных вмешательств не было. Осложнений в послеоперационном периоде не зафиксировано.

Выводы

Эндоскопические вмешательства при опухолях бронхов являются высокоэффективными и безопасными, позволяя быстро восстановить и поддерживать проходимость бронхов. Оптимальным способом удаления считаем электроэксцизию опухоли в условиях общей анестезии.

ОПЕРАТИВНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТРАХЕИ

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

¹ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

²ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России

г. Новосибирск



Рис. 1. Линейная томограмма трахеи при опухоли в нижней трети

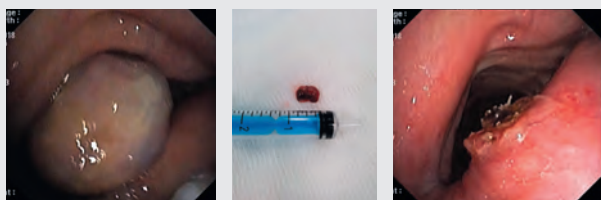


Рис. 2. Опухоль верхней трети трахеи до ее удаления (а), удаленная опухоль (б), после удаления опухоли (в)

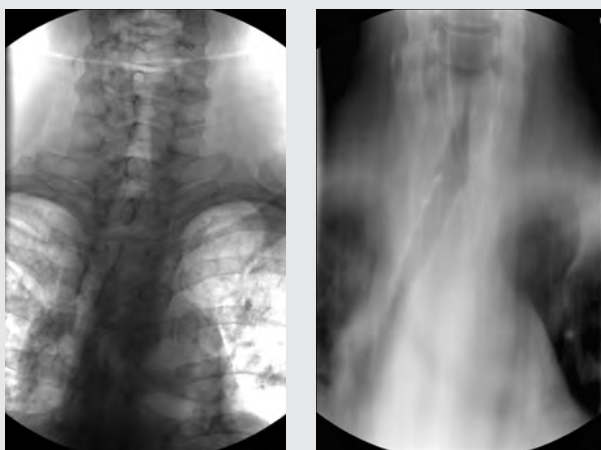


Рис. 3. Линейная томограмма при сдавлении трахеи извне: до (а) и после (б) установки силиконового стента

Эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи выполнены 42 пациентам (28 мужчин и 14 женщин в возрасте от 16 до 78 лет). Из них первичная опухоль трахеи была у 16 пациентов: первичный рак трахеи у 10, аденома трахеи у 1, цилиндромы трахеи у 1, воспалительная псевдоопухоль у 1, рецидив рака трахеи после ее циркулярной резекции у 1, фиброма трахеи у 2. Вторичная опухоль трахеи была у 26 пациентов. Ее причинами были: рак пищевода в 7 случаях, рак легкого в 6 (у 2 пациентов после радикально выполненной операции), рак щитовидной железы в 5, нейроэндокринная опухоль в 3, рецидив рака гортани после ее экстирпации в 2, опухоль средостения со сдавлением трахеи в 2, рецидив рака щитовидной железы после тиреоидэктомии и резекции трахеи в 1.

Перед выполнением вмешательства проводилась линейная (Рис. 1) или мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки и шеи, фибрларино-трахеобронхоскопия.

По результатам проведенного дообследования в 8 случаях опухоль локализовалась в верхней трети трахеи, в 5 в верхней и средней трети, в 10 в средней трети, в 6 в средней и нижней трети, в 5 в нижней трети. В отдельной группе (6 пациентов) процесс распространялся с главных бронхов или на главные бронхи (4 правый главный бронх, 2 левый главный бронх).

У 9 пациентов опухоль имела округлую форму, размером от 4 мм до 2 см с перекрытием просвет трахеи и явлениями дыхательной недостаточности в 6 наблюдениях. В остальных случаях протяженность опухолевого поражения от 1,5 до 2 см была у 2 пациентов, от 2 до 3 см у 5, 3 см у 8, 4 см у 10, 5 см у 6, более 5 см у 2.

Выполняемые интервенционные вмешательства проведены как радикально, так и с паллиативной целью для восстановления и поддержания проходимости трахеи. При возможности радикального удаления опухоли (9 пациентов) вмешательство проводилось под общим обезболиванием с интубацией трахеи тубусом ригидного бронхоскопа Friedel с применением высокочастотной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Считаем этот способ оптимальным из-за его высокой безопасности и возможности адекватного обеспечения ИВЛ даже в условиях кровотечения при удалении опухоли. При паллиативном варианте вмешательства у большинства пациентов (24) интервенция проводилась под местной анестезией с нейрорептанальгией (НЛА).

При радикальном удалении опухоли ее электроэксцизия выполнена у 5 пациентов (Рис. 2 а, б, в), срезание

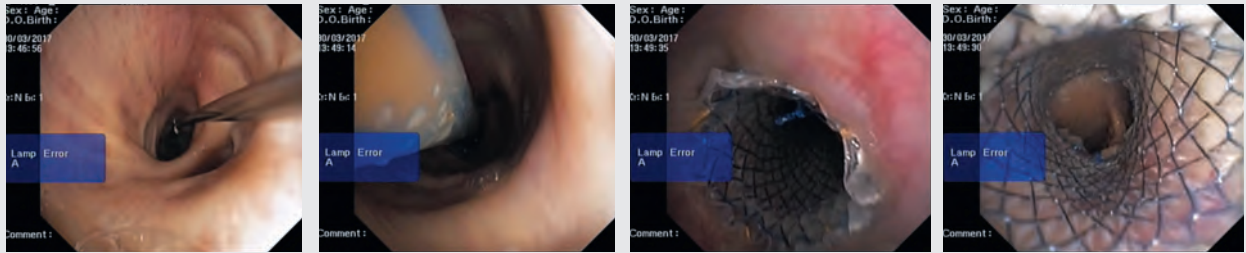


Рис. 4. Стентирование трахеи металлическим саморасправляющимся стентом. А – установка струны-проводника; б – позиционирование стента, в – контроль дистального края после раскрытия стента, г – контроль проксимального края после раскрытия

опухоли тубусом ригидного бронхоскопа у 4. При паллиативном варианте вмешательства в 26 случаях выполнена установка металлического саморасправляющегося стента, в 7 случаях установка силиконового стента типа Dumon (предварительное бужирование трахеи выполнено трем пациентам, механическое удаление (срезание опухоли) двум).

При установке стента типа Dumon, все вмешательства осуществлялись под общим обезболиванием с высокочастотной ИВЛ и интубацией трахеи тубусом ригидного бронхоскопа Friedel. Стент устанавливался в зону сужения через тубус ригидного бронхоскопа или одевался на тубус с предварительной установкой на тубус трубки-толкателя. Процесс расправления стента и коррекция его положения проводилась с использованием щипцов для ригидного бронхоскопа и фибробронхоскопа. Длина установленных стентов была 4 см (у 3 пациентов) и 6 см (у 4). У пяти пациентов размеры стента были 10x16 мм, у двух — 9x15 мм (Рис. 3 а, б).

При использовании металлического саморасправляющегося стента лишь в двух наблюдениях (на этапе освоения методики) его установка осуществлялась через

тубус ригидного бронхоскопа под общей анестезией. В остальных случаях стенты были установлены в трахею под местной анестезией в сочетании с НЛА. Методика установки проста и легко выполнима: через инструментальный канал фибробронхоскопа на 3–4 см дистальнее зоны сужения устанавливалась жесткая струна-проводник (Рис. 4а), затем, под контролем видеобронхоскопа стент в доставочном устройстве проводился таким образом, что его проксимальный и дистальный края находились не менее чем на 1 см выше (ниже) зоны опухолевого роста (Рис. 4б), после чего проводилось раскрытие стента с контролем его проксимального и дистального краев (Рис. 4 в, г). В 17 случаях установлены стенты длиной 6 см, в 6–8 см и в 3–4 см. У большинства пациентов (15) установлены стенты диаметром 22 мм. Пяти пациентам установлен стент длиной 20 мм, двум — 14 мм.

При локализации опухолевого процесса в трахее и бронхиальном дереве во всех случаях просвет бронхиального дерева на стороне поражения был резко деформирован за счет опухоли и имелись признаки ателектаза легкого. Поэтому, дистальный конец стента раскрывался

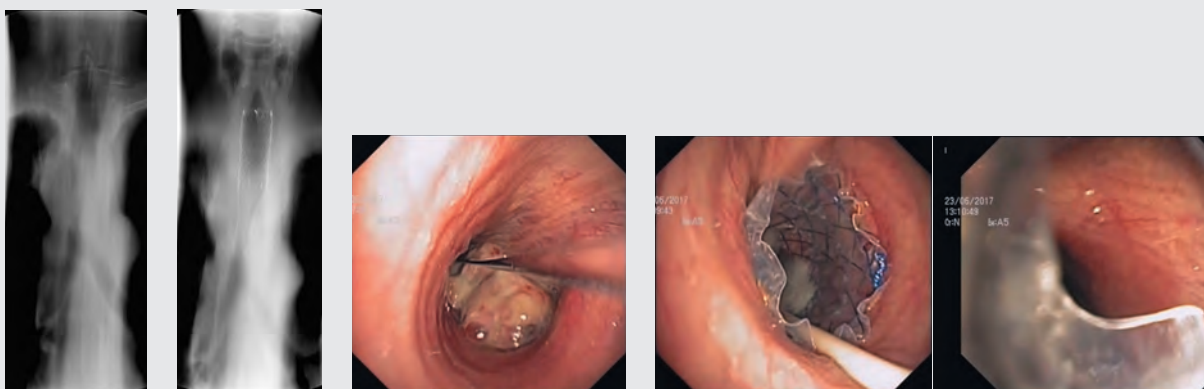


Рис. 5. Стентирование трахеи и правого главного бронха. А – линейная томограмма до установки стента, б – линейная томограмма после установки стента, в – установка струны-проводника, г – раскрытие стента, д – контроль раскрытия дистального края стента



Рис. 6. Повторные вмешательства. А – продолженный рост опухоли пищевода с прорастанием в просвет трахеи и его сдавлением выше проксимального края ранее установленного стента, б – после стентирования по типу «стент в стент», в – разрушение покрытия стента, г – проксимальный край стента после стентирования «стент в стент», д – дистальный край стента после установки «стент в стент». Пройодимость трахеи восстановлена

в главном бронхе легкого, наименее пораженного опухолью (Рис. 5 а, б). Полноценная визуализация позволила добиться максимально точного позиционирования стента (Рис. 5 в, г, д). Следует отметить высокую эффективность этого способа у пациентов со сдавлением трахеи извне.

Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: миграция стента (у 3 пациентов), продолженный рост опухоли с рецидивом дыхательной недостаточности (у 2 пациентов). Миграции стентов произошли при использовании металлических саморасправляющихся стентов, что потребовало коррекции их положения путем подтягивания за лассо. У двух пациентов из-за прогрессирования основного заболевания (рак пищевода и рак щитовидной железы) произошли частичное разрушение покрытия стента и сдавление трахеи выше ранее установленного стента. Это потребовало проведение повторных вмешательств — стентирования

«стент в стент» с использованием конструкции большей длины и такого же диаметра, что и установленная ранее (Рис. 6 а, б).

Выводы

1. эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи позволяют быстро восстановить и поддерживать проходимость трахеи;
2. Способ воздействия на опухоль и выбор метода напрямую связаны с результатами обследования пациентов;
3. Саморасправляющиеся металлические стенты обладают высокой эффективностью при злокачественных новообразованиях трахеи первичного и вторичного генеза
4. Выбор метода анестезии зависит от выраженности явлений дыхательной недостаточности и степени стеноза;
5. Оптимальным при установке металлических саморасправляющихся стентов считаем сочетание местной анестезии и нейролептаналгезии, а само вмешательство выполняется под контролем видеобронхоскопа.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

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

г. Челябинск

Актуальность

Исходя из особенностей анатомического строения легкое является одной из наиболее частых локализацией для метастазирования первичной опухоли. Частота метастазирования злокачественных новообразований в легкие варьирует от 1,6 до 55,4 % в зависимости от локализации и гистологической структуры первичной опухоли. Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику и совершенствование методик ультразвукового исследования, компьютерной томографии с высокой разрешающей способностью и позитронно-эмиссионной томографии органов грудной клетки отмечается недостаточная достоверность специфических признаков, позволяющих провести точную дифференциальную диагностику выявленных очаговых образований легкого, требуя обязательной гистологической верификации.

Морфологическое подтверждение диагноза еще на амбулаторном этапе обследования позволяет пациенту выстроить наименьший алгоритм диагностического поиска, выставить точный клинический диагноз отражающий распространенность опухолевого процесса, получить все необходимые консультации специалистов в поликлинике с последующим направлением его в конкретное лечебное учреждение и конкретное отделение с уже назначенной ему минимальной схемой дообследования, при необходимости их выполнения в условиях стационара, и схемы лечения, сокращая время пребывания пациента в стационаре, что имеет большое экономическое значение для клиники и благотворно влияет на психологическое состояние пациента, связанное с его нахождением в стационаре и отсутствием конкретного диагноза.

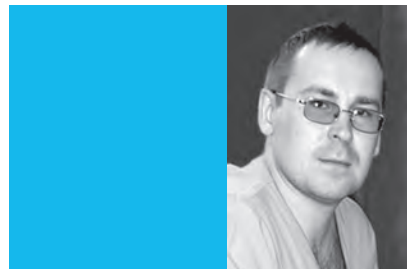
Цель исследования

Оценить эффективность метода эндосонографии при метастатическом поражении легкого.

Материалы и методы

В период с 2010 по 2018 года в эндоскопическое отделение ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» было направлено 188 пациентов для проведения ультразвуковой бронхоскопии (EBUS) с подозрением на метастатическое поражение легкого. Для проведения исследования нами было отобрано 104 пациента с гистологически верифицированным метастатическим поражением легких. Все отобранные пациенты соответствовали следующим критериям отбора:

1. При направлении на исследование у всех пациентов



Зуйков К. С.

в диагнозе было подозрение на метастатическое поражение легкого.

2. Перед планированием EBUS всем пациентам было проведено рентгенологическое исследование грудной клетки, компьютерная томография органов грудной клетки, диагностическая бронхоскопия, общеклинические анализы крови и ЭКГ.

3. При проведении диагностической бронхоскопии отсутствовали прямые и косвенные признаки злокачественного новообразования легких.

4. Всем пациентам выполнялась EBUS. При этом в исследование включались пациенты, у которых верификация достигнута как методом EBUS, так и другими, инвазивными, методами исследований.

Группа отобранных пациентов состояла из 56 женщин и 48 мужчин в возрасте от 33 до 85 лет, средний возраст составил 62 ± 3 года. Исследование проводилось на базе эндоскопического отделения на амбулаторном этапе дообследования пациента в кабинете бронхоскопии под местным обезболиванием. Подготовка к исследованию полностью аналогична подготовке при планировании диагностической бронхоскопии. После диагностической бронхоскопии проводилось ультразвуковое сканирование просвета всех визуализируемых субсегментов пораженного, по данным лучевых методов исследования, сегмента доли легкого для выявления патологического очага. Для этого в просвет сегмента доли через рабочий канал аппарата проводился ультразвуковой минизонд с частотой сканирования 20 МГц с последующим ультразвуковым сканированием стенок бронха и окружающей его паренхимы легкого до появления специфической эхокартины на экране ультразвукового аппарата.

После выбора оптимальной точки взятия биопсии, с целью увеличения вероятности получения «качественного» материала, обеспечивающего наибольшую вероятность верификации, проводится забор биопсии для гистологического исследования. Наилучшей точкой взятия биопсии мы считаем участок бронха расположенный в центре патологического очага, где зонд располагаясь в центре опухоли со всех сторон окружен новообразованием и где, как правило, стенка бронха циркулярно вовлечена в опухолевый процесс. Количество фрагментов биопсии колебалось от 5 до 8, в зависимости от их размера. При технической возможности при проведении сканирования и при взятии биопсии нами использовался стандартный или модифицированный нами тубус-проводник. По окончании исследования, при отсутствии признаков кровотечения, в просвет исследуемого сегмента через канал аппарата или тубус-проводник вводилось от 3,0 до 5,0 мл. 5 % раствора аминокaproновой кислоты для его профилактики.

Результаты

Все пациенты (104 человека) были разделены нами на 2 группы. Первая группа включала в себя 73 пациента у которых при EBUS получена гистологическая верификация процесса в легком. Вторая группа пациентов (31 человек) включала в себя случаи, когда методом EBUS верификация процесса в легком не была достигнута. Данным пациентам верификация патологического очага в легком достигнута другими инвазивными методами исследования — диагностическая миниторакотомия, видеоторакоскопия или трансторакальная пункция под лучевым или ультразвуковым контролем.

В первой группе у 35 пациентов (47,9 %) гистологическое исследование не позволило четко сформировать заключение или же указать орган-мишень выявленного метастаза в легком. Однако, в 80 % случаев (28 пациентов) полученного материала было достаточно для выполнения иммуногистохимического исследования с определением органа-мишени. Пересмотр гистологического препарата у оставшихся 7 пациентов (20 %) позволил выставить окончательный диагноз. В 94,5 % случаев (69 пациентов) гистологическая верификация получена в ходе единственной процедуры EBUS, у 4 пациентов (5,5 %) для достижения верификации потребовалось две этапа проведения исследования. При этом в указанной группе пациентов в 69,9 % случаев ультразвуковой зонд располагался в центре патологического очага. У 6 пациентов после получения гистологического заключения при EBUS было проведено хирургическое удаление патологического очага. При этом в 100 % случаев произошло совпадение гистологических заключений.

Во второй группе пациентов у 6 пациентов биопсия при проведении EBUS не бралась ввиду перибронхиальной формы роста опухоли без ультразвуковых признаков её инвазии в стенку бронха, в 17 случаях патологический очаг не был выявлен и в 1 случае взятие биопсии технически не представлялось возможным из-за выраженной деформации просвета сегмента, не позволявшей механически провести биопсийные щипцы к зоне патологического очага. В оставшихся 7 случаях при исследовании биоптатов гистологической верификации метастатического по-

Табл. Распределение групп пациентов по локализации и размерам патологических очагов в легком

Локализация очага в легком		Общая группа	1 группа	2 группа
Правое легкое	Верхняя доля	23	12 (52,2%)	11 (47,8%)
	Средняя доля	13	11 (84,6%)	2 (15,4%)
	Нижняя доля	19	13 (68,4%)	6 (31,6%)
Левое легкое	Верхняя доля	22	15 (68,2%)	7 (31,8%)
	Нижняя доля	27	22 (81,5%)	5 (18,5%)
Размеры очага:				
до 1,0 см.		0	0	0
1,0-1,5 см.		17	4 (23,5%)	13 (76,5%)
1,6-2,0 см.		16	6 (37,5%)	10 (62,5%)
2,1-3,0 см.		30	26 (86,7%)	4 (13,3%)
3,1-4,0 см		25	23 (92,0%)	2 (8%)
более 4,0 см.		16	14 (87,5%)	2 (12,5%)
Итого		104	73	31

ражения легкого не получено, при этом в 71,4 % случаев при исследовании данной группы пациентов ультразвуковой зонд располагался на периферии патологического очага в легком.

Данные о локализации и размерах верифицированных патологических очагов в легких при проведении EBUS представлены в таблице. Исходя из полученных результатов локализация патологического очага в нижней и средней доли легкого и имея размер более 21 мм в диаметре, по мере его увеличения, является хорошим прогностическим признаком увеличивающий вероятность визуализации и гистологической верификации очага в легком. Распределение пациентов по локализациям первичного очага верифицированного при EBUS метастазов в легком представлена на диаграмме. При этом в 7 случаях опухолевый процесс носили первично-множественных характер. Гистологическое исследование биоптатов полученных при проведении ультразвуковой бронхоскопии позволило в 100 % случаев установить точный диагноз. Из 16 пациентов направленных на исследование с подозрением на метастатическое поражение легкого без первичного очага EBUS с биопсией в 7 случаях позволила определить орган — мишень: толстый кишечник — 1, матка — 1, легкое — 1, почка — 4. В 4 случаях верифицирован впервые выявленный периферический рак легкого.

Время проведения исследования колебалось от 15 до 25 минут, в среднем составляя 20 минут, и зависело

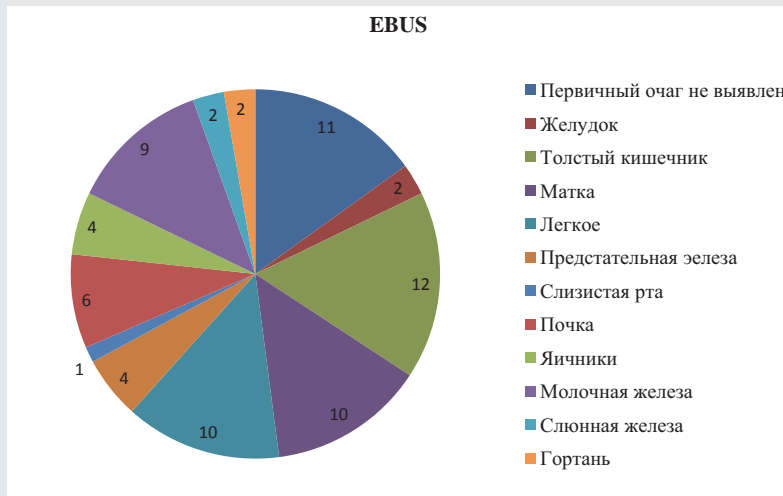


Диаграмма. Органы-мишени по результатам гистологических исследований биопсий при EBUS

от локализации и размера патологического очага в легком, возможности использовать тубус-проводник, качества получаемого при взятии биопсии материала, поведения пациента и опыта врача-эндоскописта. Осложнения в виде кровотечения из просвета пораженного сегмента после взятия биопсии развились у 5 из 80 пациентов (6,25 %) (включая 7 пациентов из 2 группы, когда верификация при EBUS не была достигнута) и были купированы в ходе проведения исследования. В период после проведения исследования кровотечений не наблюдалось. Так же, в обеих группах пациентов отсутствовали такие осложнения как пневмоторакс, гипертонический криз и ларингоспазм.

Заключение

1. Метод EBUS выполняясь на амбулаторном этапе обследования пациентов с подозрением на метастатическое поражение легкого позволил нам в 83,7 % случаев (87 пациентов) достичь визуализации патологического очага, из них в 92 % случаев (80 пациентов) было возможным взятие биопсии для проведения гистологического/иммуногистохимического исследования, позволившего в 91,3 % случаев (73 пациента) получить гистологическое подтверждение патологического очага в легком. Таким образом, чувствительность метода EBUS в нашем исследовании составила 70,2 % случаев (у 73 из 104 пациентов)

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

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

4. В случае выявления патологического очага и возможности взятия биопсии в 91,3 % случаев EBUS дает возможность выставить окончательный диагноз метастатического поражения легкого с определением дальнейшей лечебной тактики еще на амбулаторном этапе обследования пациента, что дополнительно имеет большое экономическое и социальное значение для клиники и пациента.

МНОГОЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛЁГКИХ (EBUS)

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

г. Челябинск

Актуальность

В последние годы в прогрессе диагностики периферических новообразований легкого, на амбулаторном этапе, сыграло появление технологии эндоскопического ультразвукового исследования бронхиального дерева.

Цель работы

Оценить эффективность метода ультразвуковой бронхоскопии в диагностике периферических новообразований лёгкого.

Материалы и методы

С 2009 по 2017 год в Челябинском областном онкологическом центре в практической работе активно используется радиальные ультразвуковые 20 мГц зонды. Данное исследование включает в себя анализ материалов 2195 пациентов с новообразованиями легких. Среди них мужчин было 1539 (71,2 %) и 656 (29,8 %) женщин, средний возраст пациентов составил 66 лет \pm 10,4 года.

Результаты и обсуждение

Ультразвуковое исследование лёгких проводилось как дополнение диагностической бронхоскопии. Из 2195 обследованных больных ультразвуковая визуализация новообразований достигнута у 1271 пациента (57,9 %). У 924 пациентов (42,1 %) новообразование не было обнаружено при ультразвуковом сканировании лёгкого. Из 1271 пациента с выявленными опухолями биопсия выполнена у 1224 (94,5 %) пациентов. У 71 (5,5 %) пациентов биопсия технически была не выполнима, из-за парабронхиального расположения опухоли, либо из-за инвазии новообразования в стенку сосуда. Злокачественный процесс был верифицирован у 759 пациентов или в 59,7 % наблюдений. Подозрение на злокачественное новообразование было у 73 пациентов (5,7 %). У 46 больных (0,8 %) был верифицирован доброкачественный процесс. Характер опухолевого процесса не был установлен у 346 пациентов (27,2 %), данным пациентам в последующем были выполнены более инвазивные процедуры.

Самой частой гистологической формой опухоли была плоскоклеточная карцинома, диагностированная у 278 больных или в 36,6 % наблюдений. Второй по частоте была аденокарцинома лёгкого, которая выявлена у 191 больных или в 25,1 % случаев. У 152 пациентов был диагностирован мелкоклеточный рак, что составило 20 % от общего числа наблюдений. Нейроэндокринный рак диагностирован у 77 пациентов или

в 10,1 % наблюдений. Другие формы злокачественных новообразований лёгкого были верифицированы у 61 пациента, что составило 8 % от всех форм карцином.

Проведен также анализ эффективности применяемого нами комплекса методов обследования больных в зависимости от размеров новообразования. Самый низкий процент успешной верификации новообразований зарегистрирован при опухолевых узлах до 1,0 см в диаметре, диагноз установлен у 7, что составило 0,9 %. В группе больных с размерами новообразований от 1,1 до 2,0 см в диаметре злокачественное новообразование было верифицировано у 37 пациентов, что составляет 4,8 % от всех диагностированных новообразований. От 2,1 до 3,0 диагноз верифицирован у 121 пациента, что составляет 15,9 %. От 3,1 до 4,0 у 201 пациентов или в 26,4 % случаев. Самой многочисленной группой были пациенты с размером новообразования более 4,1 см в диаметре, опухолевый процесс был установлен у 367 пациентов или в 48,3 % случаев. С ателектазом доли диагноз злокачественного новообразования был верифицирован у 25 пациентов, что составляет 3,4 %.

Осложнения возникли у 187 пациентов из 1271. У трёх пациентов был диагностирован пневмоторакс, что составило 0,2 % от всех биопсий лёгкого, данным пациентам потребовалось дренирование грудной полости, разрешилось консервативно. У 184 (14,4 %) пациентов после биопсии опухоли возникло капиллярное кровотечение, которое у всех успешно ликвидировано эндоскопическим гемостазом. Летальных исходов не было.

Выводы

Перед бронхоскопией всем пациентам необходимо выполнять рентгенологическое исследование и компьютерную томографию легких.

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

Применение ультразвуковых зондов с целью забора материала для гистологического исследования является высокоинформативным методом и в 60 % процентах случаев позволяет верифицировать процесс на амбулаторном этапе.

При бронхоскопии с использованием ультразвуковых зондов тяжелые осложнения были зарегистрированы у 3 пациентов или в 0,2 % случаев.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И РАЗЛИЧИЯ В ПРИМЕНЕНИИ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ БРОНХИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

ПРИ ЛЁГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ И КРОВОХАРКАНЬЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ
И ОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Куртуков В. А., к. м. н., зав. эндоскопического отделения КГБУЗ «Городская больница № 5»
Медведев А. А., врач-торакальный хирург КГБУЗ «Городская больница № 5»
Седов В. К., к. м. н., зав. отд. гнойной торакальной хирургии КГБУЗ «Городская больница № 5, асс. каф. факультетской хирургии им. И. И. Неймарка и госпитальной хирургии с курсом хирургии ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Мищенко А. Н., зав. отделения ОРХДМЛ КГБУЗ «Городская больница № 5»
Шойхет Я. Н., член. корр. РАН, д. м. н., проф., зав. каф. факультетской хирургии госпитальной хирургии им. И. И. Неймарка и госпитальной хирургии с курсом хирургии ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ

г. Барнаул



■ Куртуков В. А.



■ Медведев А. А.



■ Седов В. К.



■ Мищенко А. Н.



■ Шойхет Я. Н.

Цель исследования

Оценка эффективности и различия в использовании мини-инвазивных методов для временной и/или окончательной остановки лёгочного кровотечения/кровохарканья.

Материалы и методы

В отделении торакальной гнойной хирургии КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул» — клинической базе кафедры факультетской хирургии им. И. И. Неймарка и госпитальной хирургии с курсом ДПО лечебного факультета ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России метод клапанной бронхоблокации был использован при лечении 103 пациентов с лёгочным кровотечением/кровохарканьем (75 мужчин, 28 женщин). У 32 больных с лёгочным кровотечением/кровохарканьем (22 мужчин, 10 женщин) был использован метод селективной ангиографии с последующей эндоваскулярной эмболизацией бронхиальных артерий. Возраст пациентов варьировал от 13 до 86 лет.

Наиболее частыми причинами лёгочного кровотечения среди больных у которых применялась в лечение клапанная бронхоблокация, явились рак лёгкого (27,2 %), инфекционные неспецифические заболевания лёгких

(67,0 %). Кроме этого, клапанная бронхоблокация была выполнена у больных с аденомами в бронхах (3,8 %) и с ТЭЛА (1,0 %).

Пациентам по экстренным показаниям проводилась бронхоскопия под местной анестезией. Осматривалось трахеобронхиальное дерево per os с ретроградным осмотром носоглотки, носовых ходов для исключения носового кровотечения. На бронхоскопии выявлялись признаки лёгочного кровотечения такие как дорожка крови, идущая из бронха, поражённой доли лёгкого воспалительным процессом или наличия сгустка крови; опухоли, осложнённые распадом и кровотечением.

Во время проведения диагностической бронхоскопии особое внимание уделялось цвету крови. Кровь алого цвета указывала на повреждения сосудов из системы лёгочных вен. Тёмная кровь — из системы лёгочных артерий. Цвет смешанного типа характерен для системы бронхиальных артерий.

Во время проведения диагностической бронхоскопии треть всех случаев лёгочного кровотечения было выявлено со стороны верхней доли левого лёгкого (29,1 %). Четверть кровотечений (25,2 %) наблюдалось из бронхов нижней доли правого лёгкого. Со стороны нижней доли левого лёгкого было 16,5 % случаев кровотечения, при этом в каждом 4 случае из сегмента S 6.

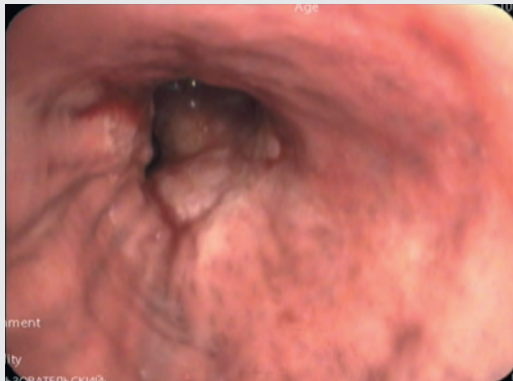


Рис. 1а. Центральный рак левого главного бронха (ЛГБ)

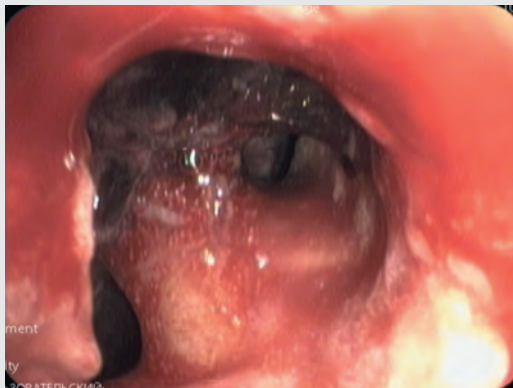


Рис. 1б. Центральный рак левого главного бронха (ЛГБ) с распадом на доленом уровне, осложнённый кровотечением

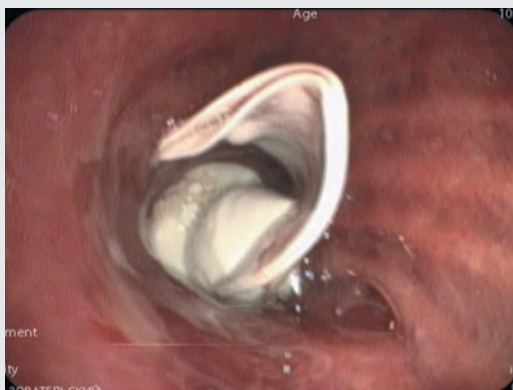


Рис. 1в. Клапанная бронхоблокация ЛГБ

С целью остановки кровотечения в 100 (97,1 %) случаях удалось провести клапанную бронхоблокацию (КББ). В одном (1,0 %) случае КББ не проведена по техническим причинам, и в 2 (1,9 %) случаях просвет бронха S слева обтурирован губкой с гемостатической целью. В последующем при наблюдении миграция окклюдора произошла в 3 (2,9 %) случаях, что потребовало повторного проведения клапанной бронхоблокации. В 2 (1,9 %) случаев пациент самостоятельно откашлял бронхоблокатор, что потребовало повторного проведения КББ.

При активном лёгочном кровотечении 2–3 степени проводилась клапанная бронхоблокация окклюдором «Медланг» на доленом уровне (66,0 %), реже на сегментарном уровне (12,6 %). На уровне главных бронхов и промежуточного бронха бронхоблокация была выполнена в 19,4 % случаев (Рис. 1).

Бронхоскопия не всегда позволяет выявить место и причину лёгочного кровотечения. При КББ блокируется как правило долевого бронха или в лучшем случае 2 сегментарных бронха. Реже блокируется сегментарный бронх. В связи с этим длительное время страдает вентиляционная функция лёгких. После удаления окклюдора на 7–10 сутки в 87 % случаев наблюдался вторичный гнойный бронхит, который купировался на 3–4 сутки лечения.

Пациентам с симптомом кровохарканья из сегментарного/субсегментарного бронхов и при распаде центрального рака лёгкого, осложнённого кровотечением на уровне главного бронха и трахеи решено было применить эндоваскулярную эмболизацию.

Показаниями к катетеризации и ангиографии бронхиальных артерий явились лёгочные кровотечения и кровохарканья неясной этиологии и локализации, когда другие методы исследования не дали возможности установить причину и источник кровотечения, врождённые заболевания лёгких, сосудистые аномалии.

Бронхиальная ангиопульмонография позволила значительно улучшить дифференциальную диагностику при лёгочных кровотечениях путём уточнения источника. Наличие таких ангиографических признаков, как ограниченная гиперваскуляризация лёгочной паренхимы, артерио-артериальные анастомозы, аневризмы сосудов, экстравазация контраста и тромбоз бронхиальных артерий дают возможность выявить место и причину кровотечения из системы бронхиальных артерий.

Бронхиальную ангиографию проводили путём пункции и катетеризации по Сельдингиру бедренной артерии и ретроградного проведения катетера в грудную аорту под рентген-телевизионным контролем. После установления конца катетера в устье соответствующей артерии проводилась ангиография и контрастирование водорастворимым йодистым препаратом Ультравист 370 (Рис. 2).

Селективная ангиография при лёгочном кровотечении проведена у 32 пациентов. У 29 (90,6 %) из них были инфекционные неспецифические заболевания лёгких. У 2 (6,3 %) больных был центральный рак лёгкого. У 1 (3,1 %) пациента лёгочное кровотечение наблюдалось на фоне погрешности приёма антикоагулянтов.

При выполнении рентген-эндоваскулярных вмешательств отмечено одно осложнение в виде постпункционной гематомы бедра после катетеризации бедренной артерии. В 6 случаях, где по техническим причинам

не удалось выявить источник лёгочного кровотечения была проведена клапанная бронхоблокация клапаном «Медланг». Летальный исход наступил по причине ТЭЛА у 2 пациентов.

Результаты

У 97,1 % пациентов эффект от клапанной бронхоблокации как метода эндоскопического гемостаза при остановки лёгочного кровотечения был достигнут. Полное выздоровление наблюдалось у 64 человек (62,1 %). Оперативное вмешательство в последующем в плановом порядке проведено у 8 (5,9 %) пациентов: после КББ у 7 человек, после эмболизации бронхиальных артерий у 1 больного. Объёмы операций были следующими: лобэктомия у 5 пациентов, пульмонэктомия у 2, билобэктомия у 1.

Эндоваскулярная эмболизация бронхиальных артерий позволила добиться окончательной остановки лёгочного кровотечения с сохранением вентиляционной функции лёгких в 81,2 % случаев.

Выводы

1. Эндоскопическая клапанная бронхоблокация окклюдором «Медланг» как метод временной или окончательной остановки лёгочного кровотечения эффективен в 97,1 % случаев. Она показана при лёгочном кровотечении/кровохарканье в случаях, когда не виден источник на уровне одного сегментарного бронха, чтоб его блокировать, не нарушая вентиляционную функцию лёгкого; в случае массивного кровотечения, когда существует угроза жизни пациента.

2. Эндоваскулярная эмболизация показала свою эффективность при кровотечении/кровохарканье, когда есть возможность сохранения вентиляционной функции лёгких; когда при проведении бронхоскопии не видна локализация источника; при опухолевом поражении на уровне главных бронхов и трахеи, осложнённых распадом, где либо не возможно проведение КББ, либо существует высокий риск дислокации окклюдора в просвет здорового лёгкого.

3. Применение методик мини-инвазивной остановки легочного кровотечения/ кровохарканья у пациентов с гнойно-деструктивными и опухолевыми заболеваниями бронхолегочной системы позволило более чем у 90 % случаев получить положительный результат. Это привело к снижению количества операций у данной категории пациентов, снижению летальности и улучшению качества жизни инкурабельных больных.

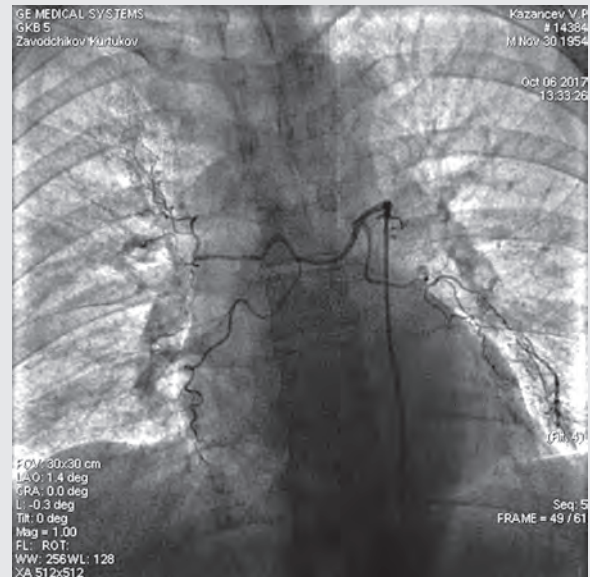


Рис. 2а. Бронхиальная ангиография. Бронхиальные артерии до эмболизации

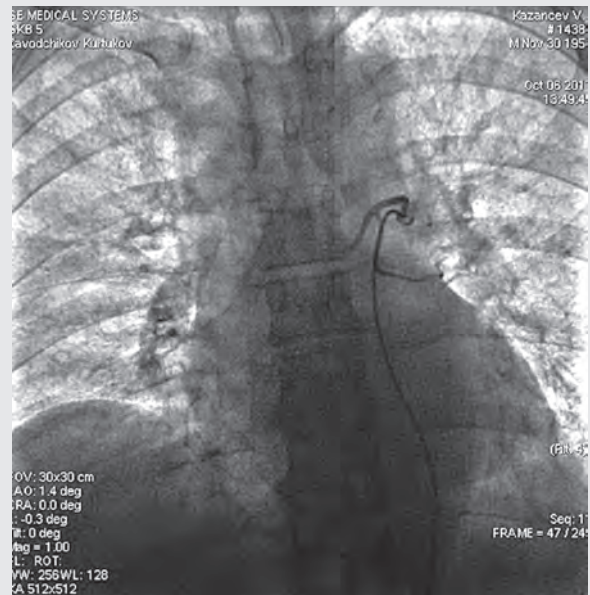


Рис. 2б. Бронхиальная ангиография. Эмболизация бронхиальных артерий

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ВЕРХНЕДОЛЕВОГО БРОНХА ЛЕВОГО ЛЕГКОГО

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Лозовая В. В., Черкес Л. В., Опекунова В. В., Малихова О. А.
ФГБУ НМИЦ онкологии имени Н. Н. Блохина МЗ РФ

г. Москва



■ Лозовая В. В.



■ Черкес Л. В.



■ Опекунова В. В.



■ Малихова О. А.

В ФГБУ НМИЦ им. Н.Н. Блохина поступил мужчина, 57 лет с подозрением на центральный рак верхней доли левого легкого. Данный диагноз был установлен по месту жительства на основании рентгенологических и эндоскопических (бронхоскопия) данных.

Пациент в течение полугода жаловался на кашель, одышку, общее недомогание, фебрильную температуру. Симптомы трактовались как пневмония, вследствие чего получал антимикробную терапию. На фоне лечения состояние пациента несколько улучшилось, однако, симптомы заболевания не исчезли, вследствие чего были проведены рентгенологическое и бронхоскопическое исследования, по данным которых поставлен диагноз— центральный рак верхней доли левого легкого. Пациент был направлен в ФГБУ им. Н.Н. Блохина для подтверждения диагноза и выбора тактики лечения.

При пересмотре представленных данных КТ органов грудной клетки (проведено по месту жительства) вынесено следующее заключение: изменения в корне левого легкого необходимо дифференцировать между: 1) Центральным раком язычкового бронха, с вовлечением ле-

вого верхнедолевого бронха и других его сегментарных ветвей — с отрицательной динамикой и 2) Поствоспалительной стриктурой и деформацией указанных бронхов со скоплением густой слизи в их просветах.

Для уточнений характера описанных изменений в левом легком выполнена видеобронхоскопия.

При проведении бронхоскопии просвет верхнедолевого бронха левого легкого был полностью обтурирован экзофитным образованием, гомогенного белого цвета, плотной консистенции, без сосудистого рисунка. Прилежащая слизистая оболочка верхнедолевого бронха отечная, гиперемированная. Выявленные эндоскопические изменения не характерными для опухолевого поражения. При попытке удаление образования с помощью электропетли, полученный материал соответствовал инородному телу, а именно арахису. В просвете сегментарных бронхов верхней доли левого легкого определялось гнойное содержимое — как итог длительного стеноза резвившегося на фоне обтурации инородным телом.

Таким образом, изначально поставленный диагноз оказался ошибочным.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ГОРТАНИ

Малихова О.А., д.м.н., зав. отделением эндоскопическим ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ, проф. кафедры онкологии и паллиативной медицины ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ
Опекунова В.В., врач-эндоскопист отделения эндоскопического ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ
Концевая А.Ю., к.м.н., врач-эндоскопист отделения эндоскопического ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ
Черкес Л.В., к.м.н., с.н.с. отделения эндоскопического ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ
Туманян А.О., д.м.н., с.н.с. научно-консультативного отделения ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ

г. Москва

Цель

Своевременная комплексная эндоскопическая диагностика рака гортани для определения более точной локализации опухоли, её распространенности по органу, формы роста, глубины инвазии и состояния регионарного лимфоколлектора.

Материалы и методы

Стандартный эндоскопический осмотр в белом свете не всегда позволяет точно оценить распространённость опухолевого процесса и практически никогда невозможно судить о глубине опухолевой инвазии. В качестве уточняющей диагностики мы использовали метод видеофиброскопии верхних дыхательных путей с осмотром в режиме узкого пучка света (NBI), что позволило лучше выявить минимальные изменения архитектоники и капиллярного рисунка слизистой оболочки, выявить минимальные изменения, характерные для раннего рака.

Также мы применили новейший метод диагностики — эндосонография верхних дыхательных путей, которую можно выполнить как при явно визуализируемых опухолевых процессах в данных анатомических областях, так и при процессах, распространяющихся в подслизистом слое, интрамуральном росте опухоли, выявленных другими методами инструментальной диагностики- КТ, МРТ, чрескожное УЗИ.

Результаты

За последний год мы обследовали 87 пациентов, у которых был выявлен рак гортани. Всем им был выполнен осмотр в режиме NBI, а 9-ти — эндосонография гортани с использованием конвексного ультразвукового эхо-

эндоскопа с частотой 7,5 мГц и глубиной сканирования до 2 см. Из тех, кому было выполнено эндосонографическое исследование, у 8 пациентов был рак гортани, у троих из которых был рецидив, у 1 пациента — рак гортани с переходом на гортаноглотку.

С целью верификации диагноза всем пациентам выполнялась биопсия, шести из них, с интрамуральным распространением опухоли надскладочного отдела гортани — выполнялась аспирационная биопсия с использованием конвексного ультразвукового эхоэндоскопа, что в 90 % случаев позволило поставить диагноз — рак. В дальнейшем эти шесть пациентов были прооперированы и данные эндосонографии по локализации опухоли, ее размерам, глубине инвазии полностью совпали с результатами послеоперационного материала по степени местного распространения процесса, то есть стадии Т по классификации TNM.

Выводы

Эндосонография обладает более высокой разрешающей способностью, чем КТ и МРТ, поэтому этот метод диагностики и осмотр в режиме NBI являются перспективными при выявлении злокачественных опухолей гортани, позволяя выполнить прицельную биопсию именно из пораженных участков, не затрагивая здоровую слизистую оболочку.

Кроме того, за счет более точной локализации границ опухоли и глубины ее инвазии, они могли бы облегчить выбор оперативного лечения. И, наконец, они могут проводиться в амбулаторных условиях без общей анестезии, что позволяет ускорить обследование пациента и выбрать правильную тактику лечения.

МАРШРУТИЗАЦИЯ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ ПРИ РАЗВИТИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мерзляков М. В., к. м. н., зав. отделением эндоскопии; Шелковников А. В., зав. отделением отоларингологии; Сафоненко Е. Г., врач-отоларинголог отделения отоларингологии; Попова М. А., врач-эндоскопист; Фролова К. Н., врач-отоларинголог отделения отоларингологии
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им С. В. Беляева»

г. Кемерово

Дыхательные нарушения вследствие развития рубцового стеноза трахеи — опасное состояние, характеризующееся сужением просвета трахеи в результате замещения ее стенок рубцовой тканью. Клинические проявления данного состояния стёрты из-за медленного созревания рубца и постепенного развития окклюзии трахеи на фоне адаптации организма к дефициту воздуха. Пусковой механизм заболевания это нарушение трофики после повреждения стенки трахеи, выраженный воспалительный процесс. Патологию можно отнести к числу мультифакторных: врожденные стенозы, радиотерапия, спаечный процесс, опухоли, ГЭРБ, инфекционные заболевания, внешние повреждения, аутоиммунные заболевания, однако до 90 % случаев возникновения хронического рубцового стеноза (ХРС) связано с травмой трахеи, продленной интубацией. Бурное развитие в анестезиологии и реанимации методов искусственной вентиляции легких, длительно поддерживающих витальные функции, обеспечивают стабильные цифры заболеваемости (Лайко А. А., Косаковский А. Л. 1991, Солдатский Ю. Л. 2003).

Как правило, после выписки из специализированного стационара, на этапе долечивания, восстановительного лечения и реабилитации в условиях небольшого лечебно-профилактического учреждения по месту жительства, возникает нарастающая дыхательная недостаточность, причиной которой становится созревающий рубец трахеи. В некоторых случаях от момента травмы до развития дыхательной недостаточности проходит более 12 месяцев.

Формирование в Кузбассе межтерриториальных медицинских объединений (ММО) в результате централизации и отслеживание центром мониторинга поступления тяжелых пациентов в ЛПУ области позволяют вовремя выявить и доставить пациентов с патологией в специализированное лечебное учреждение по профилю.

Пациент Е 56 лет поступил в отделение 18.01.2019 с диагнозом: Стеноз под собственным голосовым аппаратом после медицинских процедур.

Из анамнеза: в июле 2018 г перенес ОНМК., находился на ИВЛ около 7 дней, выписан в удовлетворительном состоянии. В ноябре 2018г перенес пневмонию, после чего стал отмечать постепенно нарастающую одышку. 17.01.18 по мж выполнена бронхоскопия выявлена рубцовая ткань на 1,0 см, ниже голосовых складок, сужающая просвет трахеи до 0,4 мм. Направлен в экстренном порядке, доставлен санитарным транспортом в медицинском сопровождении. Диагноз перед операцией: Рубцовый сте-

ноз трахеи 1–2 ст., ухудшение. Показания к операции: Жалобы, анамнез, данные осмотра.

Под местной анестезией в условиях операционной выполнена бронхоскопия. На уровне 2 полукольца трахеи циркулярное сужение просвета за счёт рубцовых изменений до 0,4 см. не проходим для аппарата с наружным диаметром 0,5 см. На поверхности рубца опухолевая ткань в виде разрастаний по типу «цветной капусты». Аргоновой плазмой с потоком газовой смеси 35 литров в минуту опухолевая ткань вапоризирована. Забор гистологического материала (морфологический результат-грануляционная ткань). В зоне стеноза — слизистая белесая, рубцово утолщена, умеренно гиперемирована, протяженность стеноза 0,3 см, хрящевой плотности при инструментальной палпации, сосудистый рисунок значительно выражен. Выполнен V образный разрез аргоновой плазмой с потоком газовой смеси 45 литров в минуту по правой боковой стенке, затем подобный разрез по левой боковой стенке. Учитывая значительную площадь посткоагуляционного струпа принято решение о повторном отсроченном осмотре.

Клинически отмечено: изменение цвета кожных покровов до розового оттенка, изменение позы пациента при дыхании в положении сидя, изменение шумности дыхания. До кровати дошел без помощи, одышка не нарастала. В первые сутки сон спокойный, кровохаркания не наблюдалось.

Назначено лечение: Атропина сульфат в/м, гидрокортизоновая суспензия ингаляционно, дексаметазон в/м, раствор натрия хлорида ингаляционно 5 дн., цефтриаксон в/м 5 дн.

При повторном осмотре через двое и пять суток от проведения деструкции прогрессирования рубцового сужения трахеи не наблюдалось. Выписан с улучшением на десятые сутки от момента госпитализации.

Таким образом:

1. В условиях централизации, формирование межтерриториальных медицинских объединений целесообразно.
2. Создание центра мониторинга за тяжелыми пациентами позволяет вовремя распознать возникшее осложнение и принять соответствующие меры.
3. В периоде реабилитации пациентов с травмами трахеи необходимо проведение бронхоскопии
4. Транспортировка пациентов с рубцовыми изменениями трахеи должна осуществляться только санитарным транспортом в медицинском сопровождении.
5. Одномоментное воздействие аргоновой плазмой на зрелый рубец трахеи приносит хороший клинический эффект.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПРАВОГО НИЖНЕДОЛЕВОГО БРОНХА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Михайлов Н. И., к. м. н., зав. эндоскопическим отделением; Григорьев Д. С., врач-эндоскопист;
Шарапов И. С., врач-эндоскопист; Артемьева Т. С., врач-эндоскопист
ОГАУЗ «Городская Ивано-Матрёнинская детская клиническая больница»

г. Иркутск



■ Михайлов Н. И.



■ Григорьев Д. С.



■ Шарапов И. С.



■ Артемьева Т. С.

Удаление инородных тел из дыхательных путей является актуальной и сложной проблемой в бронхоскопии у детей. Среди клинического многообразия наиболее трудными для лечения является длительно стоящие инородные тела органического происхождения.

В рассматриваемом нами случае, на лечении в отделении пульмонологии находился пациент в возрасте 1,7 лет с жалобами на одышку, периодически возникающий кашель и на повышение температуры до субфебрильных цифр. Ребёнок в течение 2 недель получал антибактериальную и противовоспалительную терапию по месту жительства, что привело к незначительному улучшению состояния здоровья, однако, в связи с сохранением бронхообструктивного синдрома, ребёнок был направлен для дальнейшего лечения в вышеуказанное отделение.

При сборе дополнительного анамнеза было выяснено, что около 1 месяца назад во время приёма пищи ребёнок «поперхнулся», начал кашлять, были кратковременные позывы на рвоту.

На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки имеются признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии, подозрение на ателектаз нижней доли правого легкого.

Учитывая длительный анамнез заболевания, неэффективную консервативную терапию, состояние пациента и клиничко-лабораторные данные, было принято решение о проведении фибробронхоскопии (ФБС).

При проведении ФБС в просвете трахеобронхиального дерева (ТБД) определилось большое количество вязкой слизисто-гнойной мокроты. После тщательной санации физиологическим раствором в просвете правого нижнедолевого бронха было визуализировано инородное тело белесоватого цвета, окружённое грануляционной тканью и фибрином, частично обтурирующее и деформирующее

просвет бронха. Попытка удаления при ФБС в данном случае неэффективна, вследствие чего показано проведение ригидной бронхоскопии (РБС).

Исследование проводилось под эндотрахеальным наркозом. Тубус ригидного бронхоскопа Karl Storz № 6 проведён до правого нижнедолевого бронха. При помощи оптических эндощипцов инородное тело (фрагмент арахиса) было частично удалено с техническими трудностями (отёк слизистой, повышенная кровоточивость грануляционной ткани, наложение фибрина). После тщательной санации было эвакуировано гнойно-геморрагическое содержимое. При контрольном осмотре в месте стояния инородного тела слизистая гиперемирована, отёчная, с грануляциями, частично перекрывающими просвет. Помимо этого, в проекции IX-X сегментарных бронхов справа определялись остатки фрагментированного инородного тела размером 3x2 мм, которые не представлялось возможным извлечь одновременно из-за выраженного воспаления и контактной кровоточивости слизистой бронхов.

В сложившейся ситуации дальнейшее проведение бронхоскопии посчитали нецелесообразным. Было принято решение о проведении повторной бронхоскопии после купирования воспалительного процесса при помощи антибактериальной и противовоспалительной терапии.

Через 3 дня ребёнку была проведена контрольная ригидная бронхоскопия. Также сохранялась гиперемия правого нижнедолевого и сегментарных бронхов, однако отёк и грануляция уменьшились, что позволило лучше визуализировать оставшиеся фрагменты инородного тела. Далее, принимая во внимание локализацию фрагментов инородного тела (IX-X сегментарные bronхи), для извлечения были применены ультратонкие зубатые щипцы, в результате чего остатки ореха удале-

ны полностью, а респираторная проходимость бронхов восстановлена.

После проведённых бронхоскопий состояние пациента приняло выраженную положительную динамику, и по окончании лечения ребёнок выписан домой с выздоровлением.

Анализируя вышеизложенный клинический случай, можно сделать следующие **выводы**:

1. С лечебной целью у детей с длительно стоящими в ТБД инородными телами органического происхождения предпочтительнее проведение ригидной бронхоскопии.

2. С диагностической целью эффективнее будет проведение фибробронхоскопии (видео), в определенных случаях даже с удалением инородного тела.

3. Труднодоступные инородные тела требуют интервального удаления.

4. Для своевременной и более достоверной диагностики необходим высокий уровень оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

5. Ранняя диагностика и как следствие более раннее удаление инородного тела ТБД способствует профилактике деформирующих эндобронхитов, а также предотвращает развитие бронхоэктазов.

ДАВНО АСПИРИРОВАННОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО СРЕДНЕДОЛЕВОГО БРОНХА (МЯСНАЯ КОСТЬ)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Писанка В. В., врач — эндоскопист,
Стешиц А. С., заведующий эндоскопическим отделением,
Соколов В. Н., заведующий отделением торакальной хирургии,
Вишневский О. А., к. м. н., врач — хирург отделения торакальной хирургии
ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница», г. Смоленск.

г. Смоленск

Актуальность

Аспирация инородных тел в дыхательные пути встречается у взрослых и детей, и при поздней диагностике и лечении может привести к развитию тяжелых жизнеугрожающих осложнений. По данным различных авторов, при случайной аспирации инородных тел они застревают в просвете бронхов в более чем 70 % случаев.

Значительные трудности для диагностики и лечения представляют давно аспирированные инородные тела, так как у больных отсутствуют характерные анамнестические данные.

Как правило, пациенты предъявляют жалобы на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке и кровохарканье. Длительно находящиеся органические инородные тела в трахеобронхиальном дереве не рентгеноконтрастны и не определяются во время рентгенологического исследования. Давно аспирированные инородные тела в случаях, когда они покрываются грануляциями или фиброзной тканью, суживающие прос-



■ Писанка В. В.

■ Стешиц А. С.

вет бронха и частично или полностью закрывающие инородное тело, эндоскопически могут иметь сходство с бронхо — железистыми свищами туберкулезного происхождения или опухолью. Это может привести к диагностическим ошибкам. Только после удаления грануляций, биопсии и обнаружения инородного тела удается поставить диагноз.



Рис. 1. Грануляции и геморрагии полностью закрывают инородное тело среднедолевого бронха



Рис. 2а. Грануляции частично перекрывают инородное тело после, после их фрагментарного разрушения



Рис. 2б. Грануляции частично перекрывают инородное тело после, после их фрагментарного разрушения



Рис. 3. Инородное тело среднедолевого бронха после разрушения грануляций

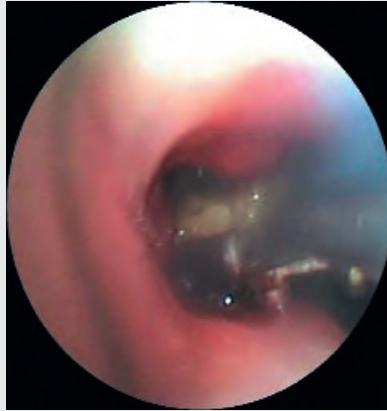


Рис. 4а. Экстракция инородного тела щипцами

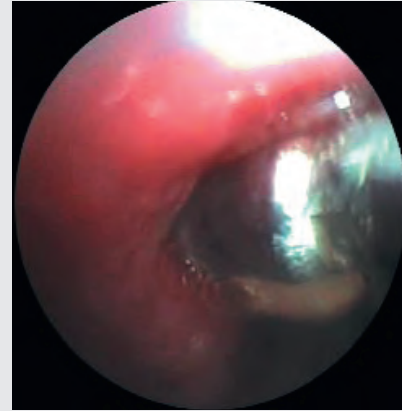


Рис. 4б. Экстракция инородного тела щипцами

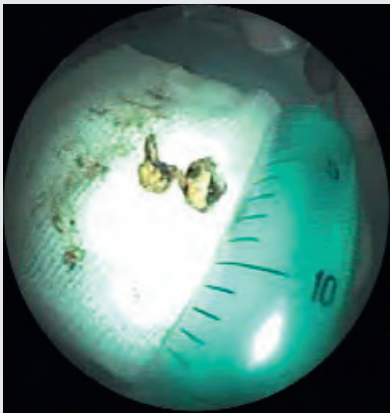


Рис. 5. Извлеченное инородное тело - мясная кость



Рис. 6а. Среднедолевой бронх на 7 сутки после удаления инородного тела



Рис. 6б. Среднедолевой бронх на 7 сутки после удаления инородного тела

Приводим наше наблюдение.

Описание клинического случая

Больная: В., 53 лет в марте и апреле 2018 года лечилась в отделении торакальной хирургии ОГБУЗ СОКБ. Жалобы предъявляла на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, в свое время пациентка не заметила аспирацию инородного тела, но при этом не исключала нахождения его бронхиальном дереве в течение нескольких месяцев. По рентгенологическим данным у больной ателектаз, пневмофиброз и пневмония средней доли.

После выполненных двух бронхоскопий под местной анестезией с частичным удалением грануляций в среднедолевом бронхе (Рис. 1, 2 а, б), выявленное инородное тело (мясная кость) (Рис. 3) извлечено через эндотрахеальную трубку с использованием видеобронхоскопа и эндоскопического захвата: тип «крысиный зуб» (Рис. 4 а, б, 5). Произведен лаваж с введением 60 мл — 0,9 % раствора NaCl, проходимость обтурированного бронха

восстановлена. На 7 сутки после удаления инородного тела сохраняются незначительные грануляции, отечность и гиперемия слизистой среднедолевого бронха (Рис. 6 а, б).

По результатам патоморфологического исследования биопсийного материала из измененной стенки среднедолевого бронха, до и после извлечения инородного тела: хронический бронхит, опухолевого роста нет.

В удовлетворительном состоянии больная выписана из отделения.

Заключение

Грануляции, утолщенная, кровоточивая слизистая оболочка бронхов, скопление гнойного секрета маскировали инородное тело и затрудняли его обнаружение при бронхоскопии. Однако настойчивый, прицельный поиск обеспечил точную диагностику и извлечение мясной кости из трахеобронхиального дерева.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСБРОНХИАЛЬНОЙ КРИОБИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Прудников А. В., врач-эндоскопист 1 эндоскопического отделения
Казаков Н. В., врач-эндоскопист 1 эндоскопического отделения
Смирнов А. А., к. м. н., руководитель 1 эндоскопического отделения, врач-эндоскопист
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» НИИ хирургии
и неотложной медицины

📍 г. Санкт-Петербург

Введение

Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ), также известные как диффузные паренхиматозные заболевания легких, в основе которых лежит поражение альвеол, что приводит к обширному воспалению и пневмофиброзу. По данным ряда авторов они составляют от 3 до 15 % всех заболеваний органов дыхания, причем около половины из них — неизвестной природы (идиопатические). Дифференциальная диагностика ИЗЛ представляет собой сложный и длительный процесс, часто требующий многопрофильной команды и сбор образцов паренхимы легких с использованием различных диагностических методов. Хирургическая биопсия легких рекомендуется в качестве «золотого стандарта» при диагностике интерстициальных заболеваний, но имеет ряд очевидных недостатков. Хирургическая биопсия легких требует эндотрахеальной интубации, общей анестезии, нарушению целостности грудной клетки и, как правило, госпитализации на несколько дней. Существует также значимое количество осложнений, таких как: пневмоторакс, кровотечения, подкожная эмфизема, нагноение раны, межреберная невралгия и образование плевральных сращений, имеется большой риск повторной операции и низкий, но значительный риск смертности.

Одним из методов малоинвазивной диагностики является трансbronхиальная биопсия (ТББ) с использованием эндоскопических щипцов. Диагностический результат гистопатологической оценки является переменным и зависит от таких факторов, как размер образцов и наличие артефактов раздавливания, оставленных обычными щипцами для биопсии, вследствие чего, приемлемый результат щипцовой ТББ достигается лишь в 30 % случаев. Кроме того, небольшие размеры и наличие артефактов делают невозможным выполнение иммуногистохимических анализов, которые могут быть полезны для количественного определения фибробластов и цитокинов в качестве маркеров повреждения клеток в альвеолярном эпителии.

В настоящее время активно внедряется в практику эндоскопическая трансbronхиальная криобиопсия легких. Большое количество зарубежных исследований уже

показали, что ТББ с использованием криозонда (или криобиопсия) является конкурентной методикой для получения образцов паренхимы легких с высоким диагностической точностью и относительно небольшой частотой осложнений.

По данным литературы образцы, полученные при криобиопсии значительно больше чем при щипцовой биопсии. Объем полученного образца криобиопсии составляет от 4 до 43,11 мм². При криобиопсии размеры образца в среднем составляют 13.8 x 3.8 мм, а при щипцовой трансbronхиальной биопсии — 1.9 x 0.6 мм. По данным зарубежных авторов в случаях применения криобиопсии гистопатологическая оценка результатов выявила диагностическую достоверность в диапазоне от 74 % до 98 % (среднее значение 83 %).

Цель работы

Изучить эффективность эндоскопической трансbronхиальной криобиопсии легких. Отработка техники выполнения криобиопсии. Оценка качества полученного образца при криобиопсии легких, возможностей его патоморфологического исследования.

Материалы и методы

В нашей клинике эндоскопическая трансbronхиальная криобиопсия легких выполнена у десяти пациентов, страдающих интерстициальным заболеванием легких, которым необходима гистологическая верификация процесса, и у пациентов с периферическими новообразованиями легких, не имеющих патоморфологического заключения. При отборе больных на манипуляцию нами исключались пациенты с эмфиземой легких, легочной гипертензией.

Для выполнения криобиопсии легких применялся работающий на двуокиси углерода аппарат криохирургии ERBECRYO 2 (ERBE, Германия), и гибкий криозонд ERBE диаметром 1,9 мм. Манипуляция выполнялась под общей анестезией в условиях искусственной вентиляции легких (ИВЛ) через эндотрахеальную интубационную трубку. Фибробронхоскоп через интубационную трубку проводился в долевой и сегментарный бронхи, инте-

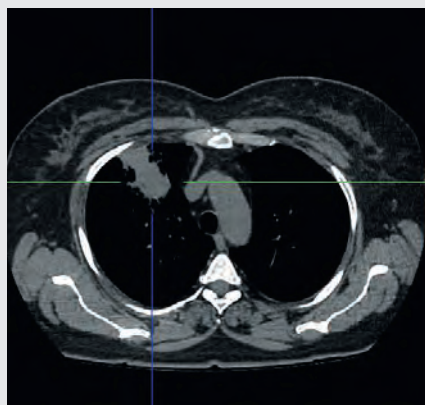


Рис. 1. Компьютерная томография грудной клетки
Инфильтрат в верхней доли правого легкого

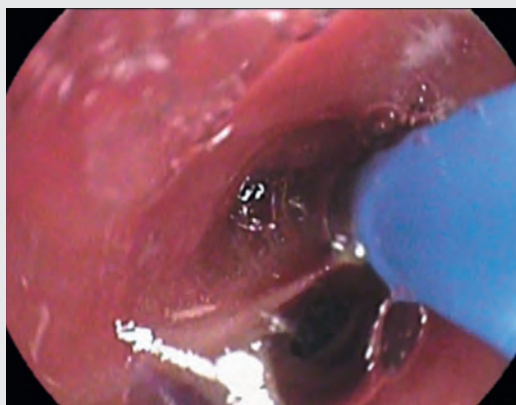


Рис. 2. Эндосфото Криозонд позиционирован в бронхе

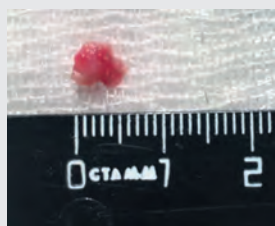


Рис. 3. Полученный биопат при
криобиопсии. Размеры 5 x 5 x 5 мм

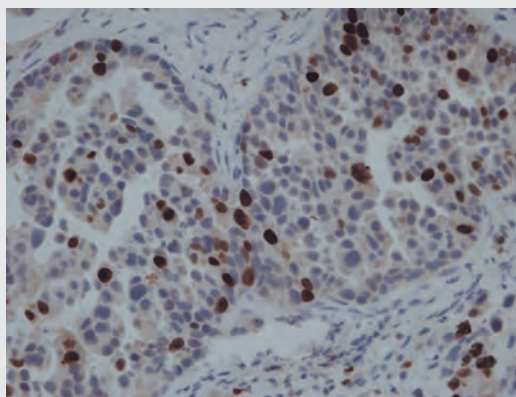


Рис. 4. Микрофото Аденокарцинома экспрессия
ядерной ki-67 достигает 45% увеличение 7-20

ресующего участка легкого. После чего через инструментальный канал фиброскопа криозонд проводится в субсегментарный бронх, дренирующий участок легкого из которого планируется биопсия. Положение дистального конца зонда контролируется рентгенологически, при помощи передвижной рентгенохирургической установки (С-дуга). Контроль положения рабочей части криозонда необходим для исключения травмирования висцеральной и париетальной плевры, что может привести к пневмотораксу. После позиционирования криозонда аппарат криохирургии включается в рабочий цикл подачи двуокиси углерода. Происходит контролируемое намораживание (криоадгезия) ткани паренхимы легкого на зонд с последующей тракцией и извлечением криозонда вместе с фиброскопом. По нашему опыту время экспозиции при криоадгезии выдерживали в течение 5–7 секунд. После извлечения бронхоскопа с криозондом и взятым образцом незамедлительно проводится контрольная бронхоскопия с целью оценки гемостаза. По окончании операции выполнялась рентгеноскопия, либо рентгенография легких для исключения пневмоторакса.

Результаты

По данным патоморфологического исследования образцов, полученных при трансbronхиальной криобиопсии легкого интерстициальный легочный фиброз верифицирован у трех пациентов. Неспецифическая интерстициальная пневмония у двух пациентов. Саркоидоз верифицирован у трех пациентов. У одной пациентки диагностировано поражение легкого при лимфоме. В одном случае верифицирована аденокарцинома легкого. Стоит отметить, что образцы, полученные при криобиопсии легкого были пригодны для иммуногистохимического исследования (ИГХ). Так при ИГХ в случае с аденокарциномой позволило выявить экспрессию ядерной Ki-67 и TTF1. ИГХ анализ при лимфоме позволил определить иммунофенотип клеток лимфоидного инфильтрата в легком. Среди наших пациентов осложнений трансbronхиальной криобиопсии не было. Значимого кровотечения, требовавшего применения эндоскопического гемостаза не возникало. Интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде (до трех суток) пневмотораксов также не наблюдалось, хотя по данным зарубежных авторов в группе криобиопсии отмечалось умеренное кровотечение (56,4%),

не требующее дополнительного вмешательства, а пневмоторакс возникал в 12 % случаев.

Выводы

Трансбронхиальная эндоскопическая криобиопсия легких с последующей гистологической верификацией представляется более эффективным методом диагностики интерстициальных заболеваний легких в сравнении с трансбронхиальной щипцевой биопсией. Качество и объем получаемого образца ткани превышает

таковой при трансбронхиальной щипцевой биопсии, и позволяет выполнить иммуногистохимический анализ. Соблюдение методики, рентгенологический контроль во время биопсии позволяет свести к минимуму риск возникновения осложнений манипуляции. Короткие сроки госпитализации, меньшая стоимость в сравнении с хирургической биопсией легкого делает этот метод более выгодным в сравнении с хирургической биопсией легкого и эндоскопической трансбронхиальной щипцевой биопсией.

Литература

1. G. Raghu, H.R. Collard, J.J. Egan, F.J. Martinez, J. Behr, K.K. Brown An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management *Am J Respir Crit Care Med*, 183 (2011), pp. 788–824
2. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: update of the international multidisciplinary classification of the idiopathic interstitial pneumonias *Am J Respir Crit Care Med*, 188 (2013), pp. 733
3. P.A. Hodnett, D.P. Naidich Fibrosing interstitial lung disease. A practical high-resolution computed tomography-based approach to diagnosis and management and a review of the literature *Am J Respir Crit Care Med.*, 188 (2013), pp. 141–149
4. V. Pajares, C. Puzo, D. Castillo, E. Lerma, M.A. Montero, D. Ramos-Barbon Diagnostic yield of transbronchial cryobiopsy in interstitial lung disease. A randomized trial. *Respirology*, 19 (2014), pp. 900–906
5. E.R. Rubio, S.R. Ie, R.E. Whatley, M.B. Boyd Cryobiopsy: should this be used in place of endobronchial forceps biopsies? *Biomed Res Int*, 2013 (2013), pp. 730574
6. J.A. Kropski, J.M. Pritchett, W.R. Mason, L. Sivarajan, L.A. Gleaves, J.E. Johnson Bronchoscopic cryobiopsy for the diagnosis of diffuse parenchymal lung disease *PLOS ONE*, 8 (2013), pp. e78674
7. G.L. Casoni, S. Tomassetti, A. Cavazza, T.V. Colby, A. Dubini, J.H. Ryu Transbronchial lung cryobiopsy in the diagnosis of fibrotic interstitial lung diseases *PLOS ONE*, 9 (2014), pp. e86716
8. Gian Luca Casoni., Sara Tomassetti., Alberto Cavazza, Thomas V. Colby, Alessandra Dubini, Jay H. Ryu. Transbronchial Lung Cryobiopsy in the Diagnosis of Fibrotic Interstitial Lung Diseases. *PLOS ONE*, February 2014, Volume 9
9. Helena Azcuna, MD; Julio Pérez Izquierdo, MD. Cryobiopsy in the Diagnosis of Interstitial Lung Disease. *Chest*. 2014;145(3_MeetingAbstracts):254A. doi:10.1378/chest.1823971/

ПРИМЕНЕНИЕ БРОНХОСКОПИИ С ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ТРАНСБРОНХИАЛЬНОЙ БИОПСИЕЙ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ

Пушкарев Е. А., врач-онколог-эндоскопист
Важенин А. В., гл. врач, академик РАН, засл. врач РФ, проф., д. м. н., зав. каф. Онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ
ВПО Южно-уральского государственного медицинского университета
Кулаев К. И., зав. эндоскопическим отделением, врач-онколог/эндоскопист
Зуйков К. С., врач-онколог-эндоскопист
Юсупов И. М., врач-онколог-эндоскопист
Попова И. А., врач-онколог-эндоскопист
ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»

г. Челябинск

Введение

В 2016 году в России злокачественные новообразования трахеи, бронхов и лёгких заняли 3-е место и составили 10,1 % в структуре общей онкологической заболеваемости среди новообразований всех локализаций (А. Д. Каприн 2018).

В большинстве случаев для решения вопроса о назначении специфического противоопухолевого лечения пациентам с раком легкого необходима морфологическая верификация диагноза. Морфологическое подтверждение клинического диагноза заболеваний трахеи, бронхов и лёгких в 2016 году составило 72,6 % (А. Д. Каприн 2018).

Такое значение частоты верификации справедливо для центральных новообразований легкого с эндобронхиальным ростом, при которых получить материал для морфологического исследования возможно с помощью рутинной бронхоскопии с биопсией. Однако, при локализации новообразований в средостении или при перибронхиальной форме роста центральных опухолей легких, фибробронхоскопия с биопсией, так же, как и цитологическое исследование мокроты, браш-биопсия, узкоспектральная и аутофлуоресцентная бронхоскопия являются неинформативными.

У данной группы пациентов с целью морфологической верификации новообразований показано проведение более инвазивных диагностических манипуляций, таких как ультразвуковая бронхоскопия с трансbronхиальной тонкоигольной аспирационной биопсией (EBUS-TBNA), диагностическая торакотомия, диагностическая торакоскопия, трансторакальная пункция под ультразвуковым или КТ контролем. Ультразвуковая бронхоскопия с трансbronхиальной тонкоигольной аспирационной биопсией является современным методом, наименее травматичным среди перечисленных; возможно проведение данной процедуры без наркоза, под местной анестезией, в условиях эндоскопического отделения. При достаточном уровне оснащения клиники и до-

статочном уровне опыта врача-эндоскописта возможно проведение EBUS-TBNA в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара.

Материалы и методы

В период с 2013 по 2017 год в Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере у 216 пациентов с подозрением на злокачественное новообразование средостения или перибронхиальную форму роста новообразований лёгких была выполнена бронхоскопия с использованием эндобронхиального ультразвукового исследования. При визуализации новообразования пациентам выполнялась тонкоигольная аспирационная биопсия под ультразвуковым контролем.

Всем пациентам на амбулаторном этапе выполнялось рентгенологическое исследование и компьютерная томография грудной клетки. Показаниями для выполнения бронхоскопии с тонкоигольной аспирационной биопсией под ультразвуковым контролем было новообразование средостения или перибронхиальное новообразование легких размером не менее 1,0 см в диаметре, прилегающее к стенке бронха. С 2013 года при получении достаточного количества морфологического материала началось активное использование иммуноцитохимических методов для более точного определения структуры и иммунных свойств ткани.

Результаты исследования

Из 216 пациентов с подозрением на новообразование средостения или перибронхиальную форму роста новообразований лёгких ультразвуковая визуализация новообразования была достигнута у 136 пациентов (63 %). Отсутствие визуализации новообразований можно связать с техническими ограничениями метода (ограниченная подвижность дистального конца аппарата), небольшим размером патологического очага в средостении или легком, удаленностью новообразования от стенки бронха, деформацией или сужением бронхи-

ального дерева и поведением пациента. Из 136 пациентов, у которых была достигнута визуализация новообразования, трансбронхиальная пункция была выполнена у 112 (82,4 %) пациентов. Затруднения при проведении пункции и получении морфологического материала для цитологического или иммуноцитохимического исследований возникали вследствие вышеописанных причин, а также в связи с высокой плотностью новообразования и наличием сосудистой структуры в зоне предполагаемой пункции.

Злокачественный процесс был верифицирован у 70 (62,5 %) пациентов из 112. Наиболее частым вариантом злокачественного новообразования, определяемым при иммуноцитохимическом исследовании полученного материала, было вторичное метастатическое поражение лимфоузлов средостения опухолями различных локализаций — верифицировано у 25 (36 %) пациентов из 70 (наиболее часто встречались метастатические поражения при раке толстого кишечника, молочной железы, почки и легкого). Плоскоклеточная карцинома легкого была диагностирована у 18 пациентов (26 %). У 13 пациентов из 70 (18 % исследований) материал был верифицирован как мелкоклеточная карцинома. У 14 (20 %) пациентов диагностирована аденокарцинома легкого. Структура верификации также представлена на диаграмме 1.

У 42 (37,5 %) пациентов после проведения трансбронхиальной тонкоигльной аспирационной биопсии под ультразвуковым контролем верификация злокачественного новообразования не была получена, этим пациентам потребовались более инвазивные методы диагностики: диагностическая торакотомия (миниторакотомия), видеоторакоскопия или трансторакальная пункция.

Проведение EBUS-TBNA относительно легко переносится пациентами. Время проведения манипуляции колебалось от 20 до 40 минут, в среднем составляя 30 +/- 11 минут. Из 112 у 15 (13,4 %) пациентов возникли осложнения, которые были успешно купированы. У 14 (12,5 %) пациентов после тонкоигльной пункции новообразования возникло капиллярное кровотечение, во всех случаях удалось успешно произвести эндоскопический гемостаз. У 1 пациентки (0,9 %) после проведения пункции выявлен пневмоторакс, который был успешно купирован в условиях круглосуточного стационара. Состояние пациентов во время проведения ультразвуковой бронхоскопии с трансбронхиальной тонкоигльной аспирационной биопсией контролировалось и оставалось удовлетворитель-



Диаграмма 1

ным. После выполнения исследования не было выявлено тяжелых осложнений, вызванных вмешательством.

Заключение

Бронхоскопия с трансбронхиальной тонкоигльной аспирационной биопсией под ультразвуковым контролем является высокоинформативным и малотравматичным вмешательством. Верификация злокачественного процесса при данном методе исследования, при использовании иммуноцитохимического исследования полученного материала, составляет 62,5 %. Таким образом, бронхоскопия с трансбронхиальной тонкоигльной аспирационной биопсией под ультразвуковым контролем при достаточном уровне квалификации врача-эндоскописта и достаточной оснащенности медицинских учреждений, является простой и рутинной методикой исследования, заменяющей более инвазивные и травматичные диагностические процедуры, что является особенно актуальным при невозможности выполнить пациенту хирургические виды вмешательств вследствие сопутствующей патологии, возраста или проведенных ранее операций на органах грудной клетки. Осложнения после процедуры возникают относительно редко и успешно могут быть купированы с помощью консервативной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРОНХА

Сафоев М. И., к. м. н., ассистент кафедры эндоскопии ФГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», зав. эндоскопическим отделением ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»
Чикунов Н. В., врач-эндоскопист ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»
Хамид С. С., кл. орд. каф. эндоскопии ФГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Ярмагомедов М. З., кл. орд. каф. эндоскопии ФГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Шабуняев Д. С., кл. орд. второй кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова

г. Санкт-Петербург



■ Сафоев М. И.



■ Чикунов Н. В.



■ Хамид С. С.



■ Ярмагомедов М. З.



■ Шабуняев Д. С.

В эндоскопическое отделение НИИ СП им. И. И. Джанелидзе в амбулаторном порядке за медицинской помощью обратился больной А., мужчина, 63 года с жалобами

на слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,5 градусов, приступообразный кашель.

Из анамнеза известно, что в апреле 2018 года больной во время приема пищи подавился, возникла боль в горле — особого значения этому не придал. К вечеру у больного поднялась температура, возник приступообразный кашель, боль в горле сохранялась. Ночью вызвал бригаду скорой помощи — доставлен в стационар по месту жительства. Со слов больного его осмотрел ЛОР-врач, выполнено Rg-исследование органов грудной клетки — патологии не обнаружено, в госпитализации отказано.

В период с апреля по сентябрь 2018 года неоднократно обращался за медицинской помощью к терапевту и пульмонологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на кашель с мокротой, повышение температуры тела до 38,5 градусов. В период обращения больному неоднократно выполнялось Rg-исследование органов грудной клетки — без патологии. Также по итогам обращений пациент трижды получал антибактериальную терапию — с незначительным положительным эффектом. Также принимал ингаляции гормональных препаратов — без эффекта.

В сентябре 2018 года больной обратился в амбулаторном порядке в НИИ СП им. Джанелидзе для выполнения гастроскопии. После тщательного опроса жалоб, анамнеза заболевания и отсутствия патологии верхних отделов ЖКТ, способной давать вышеуказанные жалобы, принято решение о выполнении видеобронхоскопии. При выполнении видеобронхоскопии в промежуточном бронхе справа определялось инородное тело ячеистой структуры, с воспалением слизистой вокруг и обильным поступлением густого гноя



Рис. 1



Рис. 2

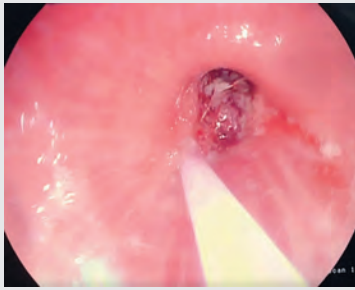


Рис. 3



Рис. 4

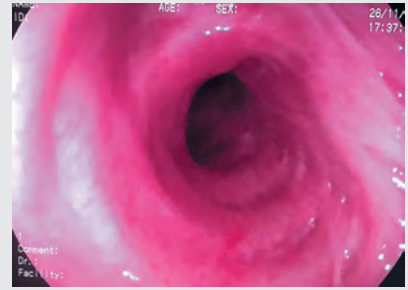


Рис. 5

из отделов, располагающихся дистальнее инородного тела (Рис. 1).

По результатам видеобронхоскопии больной госпитализирован в НИИ СП им. Джанелидзе с диагнозом: Инородное тело (кость) промежуточного правого бронха. Гнойный эндобронхит. Внегоспитальная правосторонняя бронхопневмония на фоне инородного тела правого бронха, стадия реконвалесценции.

При выполнении компьютерной томографии органов грудной клетки диагноз подтвердился. (Рис. 2)

Больной взят в экстренную операционную, где под внутривенным наркозом при помощи гастроскопа с наружным диаметром 9,8 мм инородное тело удалено при

помощи петли. (Рис. 3) Инородное тело представлено костью 1,5x0,7x0,7см. (Рис. 4)

В послеоперационном периоде больной получал антибактериальную и бронхолитическую терапию; выписан на 8-е сутки после удаления инородного тела в удовлетворительном состоянии.

В ноябре пациент прибыл на эндоскопическое отделение НИИ СП им. Джанелидзе на контрольную бронхоскопию. При осмотре трахеобронхиальное дерево без органической патологии, определяются едва различимые фиброзные изменения слизистой в промежуточном правом бронхе (Рис. 5). После удаления инородного тела ранее указанные жалобы у больного полностью исчезли.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ, ПЕРЕНЕСШЕЙ НИЖНЮЮ БИЛОБЭКТОМИЮ СПРАВА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Соколов С. А., врач-эндоскопист; Ленский Б. С., зав. эндоскопического отделения; Попов М. И., зав. торакального отделения; Блинов Д. А., торакальный хирург; Каннер Д. Ю., гл. врач ГБУЗ «МГОБ № 62 ДЗМ»

г. Москва



■ Соколов С.А.

■ Ленский Б.С.

Тяжелым и опасным для жизни пациента осложнением после операции на легком является формирование бронхоплеврального свища с развитием эмпиемы плевры. Существенное влияние на частоту и характер таких послеоперационных осложнений у онкологических пациентов оказывают объем оперативного вмешательства, особенности и погрешности оперативной техники, нарушение кровоснабжения стенок бронха, инфицирование плевральной полости, низкие репаративные возможности организма. Множество хирургических методов лечения бронхоплевральных свищей, направленных на ушивание свища, реампутацию культи бронха или удаление оставшейся доли легкого имеют сомнительный успех, так как доступ через инфицированную, эмпиемную плевральную полость чаще всего приводит к прорезыванию швов и рецидиву свища. Пациенты тяжело переносят эти операции, послеоперационная летальность крайне высока. Современные эндоскопические технологии позволяют отодвинуть на второй план, а порой и полностью избежать вторых оперативных вмешательств.

Клинический случай

У пациентки 59 лет, с диагнозом: центральный рак нижней доли правого легкого cT2bN2M1, ст.IV (EGFR мутированный) с октября 2016г. проводилась таргетная терапия. Учитывая выраженный положительный эффект от проведенного лечения, стабилизацию процесса по данным комплексного обследования, 29.06.2018г. пациентке выполнена циторедуктивная нижняя билобэктомия справа с ипсилатеральной медиастинальной лимфаденэктомией.

Из операционных особенностей: грубые рубцовые изменения в корне нижней и средней долей, в нижних отделах промежуточного бронха и медиастинальной плевры. Во время операции образовавшийся дефект легочной ткани в корне верхней доли ушит частично узловым атравматичным швом с последующей аппликацией биологического клея и фиксацией гемостатического материала на зону дефекта. Плановое гистологическое исследование операционного материала: аденокарцинома нижней доли правого легкого с признаками выраженного морфологического регресса с метастазом в 1 бронхоплевральном лимфоузле pT1bN1. Течение послеоперационного периода сопровождалось длительной негерметичностью легочной ткани, купированной консервативно с применением эндоскопической клапанной бронхоблокации просвета верхнедолевого бронха правого легкого. На двадцатые сутки после операции пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с расправленными легкими.

Через 10 дней после выписки пациентка отметила появление кашля с мокротой, лихорадку. По экстренным показаниям госпитализирована в хирургический стационар, где диагностирован бронхоплевральный свищ, эмпиема плевры справа. После стабилизации состояния переведена в стационар нашей больницы для дальнейшего обследования и лечения. 15.08.18г. выполнено дренирование правой плевральной полости, получен воздух и скудное количество мутного отделяемого. При бронхоскопии: на всем протяжении правого главного бронха (ПГБ) с переходом на устье верхнедолевого бронха (ВДБ) определяется дефект мембранозной стенки до 6x15 мм, сообщающий просвет бронха с плевральной полостью, дно дефекта выполнено фибринозно-некротическим налетом, края дефекта с фибринозными пленками, в плевральной полости гнойное содержимое (Рис. 1). Просвет ВДБ не визуализируется. Культи промежуточного бронха (ПБ) состоятельная.

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК): в дренированной плевральной полости определяется жидкость с наличием воздуха. В корне правого легкого визуализируются металлические швы. От уровня бифуркации по задней стенке ПГБ определяется зона сниженной плотности неоднородной структуры,

прилежащая ко шву, без четких контуров, неправильной формы, до 30x12 мм, стенки бронха с наличием дефекта до 9x7 мм. Верхняя доля правого легкого коллабирована, бронхи не прослеживаются (Рис. 2). Пациентке проводилась антибактериальная терапия на основании бактериального исследования мокроты, заместительная, симптоматическая терапия, гемо- и плазматрансфузии, санации плевральной полости и бронхиального дерева. На фоне проводимой терапии общее состояние пациентки улучшилось, однако при контрольной бронхоскопии дефект в стенке ПГБ увеличился до 10x20 мм, бронхоскоп свободно вводился в плевральную полость, стенки которой были выполнены фибрином (Рис. 3). Просвет ВДБ по-прежнему не визуализировался.

04.09.18г. пациентке была выполнена видеоторакоскопия справа, плеврэмпиемэктомия, санация, редренирование правой плевральной полости. После чего, при контрольной КТ ОГК отмечено частичное расправление верхней доли правого легкого (Рис. 4). На вторые сутки после выполненной операции прекратился сброс воздуха, по дренажу из плевральной полости выделялось до 50-100 мл серозного экссудата. При контрольных бактериологических исследованиях мокроты и отделяемого из плевральной полости микрофлоры получено не было. При контрольной бронхоскопии размеры дефекта мембранозной стенки ПГБ незначительно уменьшились, однако просвет ВДБ правого легкого на уровне устья был полностью рубцово-облитерирован, признаков несостоятельности культи ПБ не было. Учитывая длительно существующий бронхоплевральный свищ, постоянный риск реинфицирования плевральной полости, «отключенную» верхнюю долю правого легкого, единственно возможным вариантом лечения на данном этапе рассматривалась экстирпация верхней доли правого легкого с циркулярной резекцией бифуркации трахеи.

Риск послеоперационных осложнений оставался крайне высоким, поэтому было принято решение попытаться восстановить проходимость ВДБ правого легкого эндоскопическими методами. В области предполагаемого устья ВДБ имелись грубые плотные рубцы, ближе к медиальному краю которых определялось точечное (до 1 мм) углубление, в которое был погружен пластиковый катетер. Под рентген-эндоскопическим контролем, по катетеру был введен водорастворимый контраст, при рентгенографии была получена картина бронхиального дерева верхней доли правого легкого (Рис. 5).

После выполненной бронхографии, с целью расширения диаметра выявленного углубления в зоне рубцовой облитерации ВДБ правого легкого под рентген-эндоскопическим контролем была выполнена баллонная дилатация «вновь образованного устья» до 2-3 мм. Все манипуляции проводились под местной анестезии 2% раствором лидокаина, в рентген-кабинете. На третий день после выполненного исследования, в условиях хирургической операционной, с использованием тубуса ригидного бронхоскопа и аппарата для ВЧ ИВЛ, был проведен второй этап эндоскопического лечения, направленный на восстановление проходимости ВДБ правого легкого. С помощью Nd:YAG-лазера, в импульсном режиме, с мощностью лазера 30 Вт было выполнено поэтапное рассечение рубцовых сращений ВДБ, с последующей баллонной дилатацией



Рис. 1

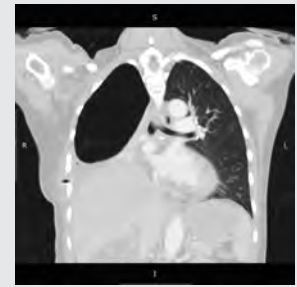


Рис. 2



Рис. 3

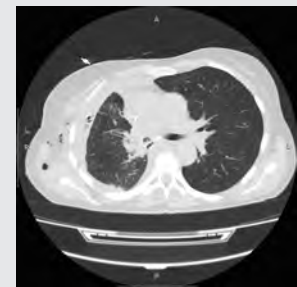


Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

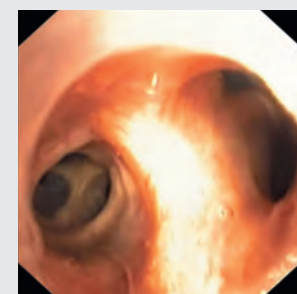


Рис. 7

просвета (Рис. 6). Просвет ВДБ был восстановлен практически до анатомической нормы, осмотрены сегментарные бронхи верхней доли, из которых отметилась поступление жидкого гнойного секрета. Целостность мембранозной стенки ВДБ нарушена не была. По мембранозной стенке ПГБ в зоне ранее определявшегося глубокого дефекта – рыхлая грануляционная ткань, фибрин. При контрольной рентгенографии органов грудной клетки объем правого легкого увеличился, прозрачность повысилась за счет увеличения вентиляции.

Через 5 дней после эндоскопического лечения пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана домой. При контрольном эндоскопическом осмотре через 3,5 месяца - целостность стенки ПГБ не нарушена, слизистая гладкая, блестящая. Просвет ВДБ для бронхоскопа

свободно проходим, просветы бронхов верхней доли свободны, слизистая гладкая (Рис. 7). Культия промежуточного бронха - без особенностей. По данным комплексного обследования - без убедительных данных за прогрессирование заболевания, пациентка оставлена под динамическое наблюдение.

Выводы

Благодаря использованию эндоскопических методов диагностики и лечения (клапанная бронхоблокация, бронхография, лазерная реканализация, баллонная дилатация) удалось справиться с тяжелыми послеоперационными осложнениями у онкологической больной, избежать повторного хирургического лечения, улучшить качество жизни больной.

К ВОПРОСУ О ТРАНСБРОНХИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ЛЕГКИХ

Тараскина Е. Б., врач-эндоскопист
Тараскина И. О., врач-эндоскопист
ГБУЗ «Новокузнецкий клинический онкологический диспансер»

г. Новокузнецк

Введение

В эндоскопическом аспекте периферическими можно считать образования, не достижимые для гибкого эндоскопа. Как правило, визуализации доступны генерации 4–5 порядка (в зависимости от диаметра эндоскопа), т.е. устья суб- и субсубсегментарных бронхов. В рутинной практике возможности эндоскопии при периферических очагах ограничиваются лаважем рентгенологически обозначенного сегмента. Далеко не во всех клиниках (в том числе и у нас) имеется возможность выполнения биопсии под контролем рентгеноскопии или эндобронхиального ультразвукового сканирования минизондом. Этим обусловлена активная хирургическая тактика при периферических очагах.

Как быть, если процесс расположен, что называется, «за поворотом»? На помощь приходит расчет дренирующего бронха по компьютерной томографии органов грудной клетки (схема 1, рис. 1).

Материалы и методы

Проведен анализ результатов трансbronхиальной биопсии периферических очагов легких, выполненной в 2018 году в эндоскопическом кабинете ГБУЗ «НКВД». Всего пациентам при первичном обследовании по поводу периферических очагов в легких проведено 397 бронхоскопий. Трансbronхиальная биопсия предпринята у 54 из них. Критерии отбора следующие:

1. Наличие диска компьютерной томографии органов грудной клетки.

Табл. 1. Результативность различных методов биопсии периферических очагов легких

Показатель	количество
Браш (цитология) +, щипцы (гистология) +	2
Браш (цитология) +, щипцы (гистология) -	4
Браш (цитология) —, щипцы (гистология) +	27
Всего трансbronхиальных биопсий	54
Осложнения	0

2. Размер очага не менее 1,5 см
3. Четкая визуализация дренирующего бронха, возможность проследить его до очага.
4. Расстояние предполагаемого места биопсии не более 5,0 см от устья сегментарного (субсегментарного) бронха, удаленность его от плевры не менее 3,0 см.

Забор морфологического материала осуществлялся тремя способами: лаваж, браш-биопсия, щипцовая биопсия. Контроль глубины заведения инструмента выполнялся «вручную» (после позиционирования эндоскопа в устье (суб)сегментарного бронха от биопсийного клапана отме-



Схема 1

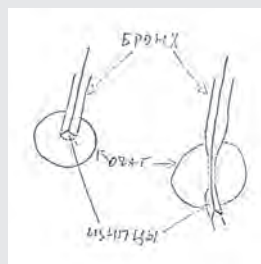


Схема 2

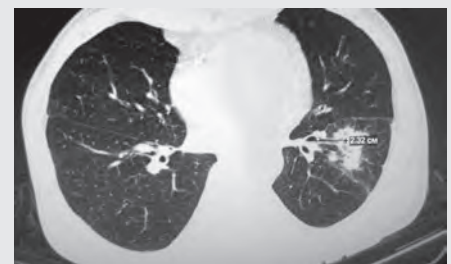


Рис. 1

рялось расстояние, соответствующее измерениям по изображениям на компьютерной томографии.

Результаты и обсуждение

При цитологическом исследовании лаважной жидкости атипичных клеток не было выявлено ни в одном случае.

Поскольку биопсия периферических очагов легких выполняется «вслепую», даже при тщательных расчетах погрешности не исключаются. Нельзя ожидать 100 % результативности. Наилучшие результаты получены при соблюдении траектории и глубины проведения щипцов и при наличии «обрывающегося в очаге» бронха. В 2-х случаях при отрицательной гистологии был получен достоверный цитологический материал. Это может объясняться тем, что бронх проходит через очаг «транзитом»

и сужен настолько, что не позволяет раскрыться щипцам на уровне очага; в такой ситуации браш-биопсия более эффективна (схема 2).

Выводы

Трансбронхиальная биопсия периферических очагов легких возможна методом вычисления траектории для проведения инструмента с помощью КТ ОГК. Эффективность такой методики (суммарно браш и щипцовая) по нашим данным 61 %. При отсутствии других средств навигации это — доступный и малозатратный метод диагностики. При соблюдении техники выполнения осложнений не наблюдается. Такая методика особенно актуальна для неоперабельных пациентов, которым возможно выполнение паллиативной химиолучевой терапии.

ГЕМАНГИОМА ТРАХЕИ

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Черкес Л. В., Малихова О. А., Лозовая В. В., Опекунова В. В.
ФГБУ НМИЦ онкологии имени Н. Н. Блохина МЗ РФ

г. Москва



■ Черкес Л. В.



■ Малихова О. А.



■ Лозовая В. В.



■ Опекунова В. В.

Как известно для большинства специалистов, терминологически, гемангиома — это доброкачественная сосудистая опухоль, микроскопически представленная эндотелиальными клетками, однако фактически является пороком развития. Частота ее встречаемости среди опухолей составляет, по разным данным от 2 до 10 %. Самой частой локализацией является наружная.

Для удобства понимания гемангиомы можно разделить на простые (капиллярные) с частотой встречаемости более 75 %, кавернозные (представленные более крупными сосудами) — до 9–10 %, смешанные формы — до 15 %, и гемангиомы сложной анатомической локализации, встречающиеся в паренхиматозных и крайне редко в полых органах, а также костях — до 1 %.

Гемангиомы кожи и видимых слизистых оболочек, как правило сомнений не вызывают. Гемангиомы локализующиеся во внутренних органах протекают бессимптомно, однако зачастую вызывают анемию, как следствие кровотечения. Основными методами диагностики гемангиом при локализации во внутренних органах являются стандартные инструментальные методы, такие как: ульт-

развуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография (РКТ). Эндоскопическое исследование является дополнительным и уточняющим методом диагностики гемангиом.

В отделении эндоскопии ФГБУ НМИЦ ИМ.Н.Н.Блохина проведено обследование с последующим эндоскопическим удалением гемангиомы трахеи у пациента 23 лет. Пациент обратился с жалобами на кровохарканье. При РКТ по задней стенке трахеи, на 5 см ниже уровня перстневидного хряща выявлено экзофитное образование размером 0,9 см. При эндоскопическом исследовании по задней стенке средней трети трахеи определяется образование с округлой верхушкой, на тонком основании, размером около 1,0 см. Образование рыхлой консистенции, ярко красного цвета. Контактное — умеренно кровоточиво. По результатам биопсии установлена морфологическая принадлежность образования — капиллярная гемангиома. Путем эндоскопической петлевой электроэксцизии в режиме коагуляции выполнено удаление опухоли. Осложнений не возникло. Наблюдение через 6 месяцев — без признаков рецидива.



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



актуальные вопросы
эндоскопии
Санкт-Петербург

ПИЩЕВОД

10-я Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ

PENTAX
MEDICAL



Авторизованный сервисный центр
Официальный дистрибьютор

**Boston
Scientific**

Официальный дистрибьютор
в России

NEW

SpyGlass™ DS

Видеохолодохоскопия



Acquire™

EUS игла
для тонкоигольной
БИОПСИИ
(гистология)

NEW



Endomed

8-800-100-17-61

WWW.ENDOMED.BIZ
OFFICE@ENDOMED.BIZ

Endomed

Инсуффлятор и ирригатор



Совместимы с эндоскопами:

Pentax, Olympus, Fujifilm, SonoScape,
Aohua

OMOM®

Капсульная эндоскопия

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



СТЕНТИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ СТЕНОЗАХ: АНАЛИЗ ТРЕХЛЕТНИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Аванесян А. А., Попова Н. С., Чукина О. В., Аккалаева А. Э., Чехонина Е. М., Очеретная А. С., Мирошников Б. И., Моисеенко В. М.
ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)», (директор — проф. В. М. Моисеенко)

г. Санкт-Петербург

Актуальность

Ведение пациентов со злокачественной обструкцией пищевода обязательно включает в себя контроль дисфагии и направлено в первую очередь на улучшение качества жизни. Стентирование опухолевого стеноза пищевода — приоритетный метод борьбы с дисфагией. Описываемое в литературе количество осложнений, связанных со стентированием, по некоторым данным достигает 75 %, и является основанием к поиску путей оптимизации данного лечебного пособия.

Материалы и методы

С 2015 года в СПбКНПЦСВМП(о) стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами выполнено у 103 пациентов. Средний их возраст составил 68 лет (36–91). 70/103 (68 %) были мужчины и 33/103 (32 %) женщины. Все больные были признаны неоперабельными. Наблюдение после стентирования проводилось вплоть до смерти с детальной фиксацией сроков возникновения, количества осложнений и их связи с проведенной специфической терапией. Химиотерапия проводилась у 26 больных по схеме ТС (паклитаксел 175 мг/м² + карбоплатин АUC 5) каждые 21 день, до 6 циклов. Дистанционная лучевая терапия проводилась у 22 больных по схеме РОД 2 Гр ежедневно 5 раз в неделю, СОД 40 Гр.

Результаты

Средняя продолжительность жизни больных после стентирования составила 131 день (от 12 до 546 дней). Пациенты старческого возраста старше 75 лет — 28 (27 %) в целом наблюдались дольше 140 дней, продолжительность жизни пациентов до 60 лет — 31 (30 %) и в группе 61–75 лет — 44 (43 %) составила 122 и 132 дня соответственно. У пациентов с различным морфологическим типом опухоли плоскоклеточный рак (81 или 79 %) и аденокарцинома (16 или 16 %) продолжительность жизни была примерно одинаковой, 138 и 133 дня соответственно. У 6 пациентов, опухолевый стеноз был вследствие сдавления извне увеличенными метастатическими внутригрудными лимфатическими узлами. В этой группе средняя продолжительность жизни была короче и составила 79 дней. Пациенты с протяженностью опухолевого стеноза до 5 см 36 из 103 наблюдались менее продолжительное время (115 дней) по сравнению с пациентами с опухолевой стриктурой — более 5 см (67 из 103) — 139 дней. Разница статистически не достоверна. У 54 больных из 103 или (52 %),

получивших после стентирования химиотерапию (26), лучевую терапию (22) или оба вида терапии (6), был отмечен более высокий показатель выживаемости, чем у пациентов, которым было выполнено только стентирование (173 дня и 100 дней соответственно).

Указанное противоопухолевое лечение увеличило продолжительность жизни, однако сопровождалось 2-х кратным увеличением количества поздних осложнений (кровотечение, образование фистулы, миграция, рецидив дисфагии) с 24,5 % до 50 %.

Непосредственная эффективность стентирования пищевода при устранении дисфагии составила 100 %. Через 2–3 месяца у 26,2 % пациентов мы наблюдали рецидив дисфагии из-за прорастания стента опухолью, что у всех требовало повторных вмешательств.

Ранние осложнения после стентирования наблюдались у 9/103 (8,7 %) пациентов (перфорация, кровотечение, миграция), однако ни в одном случае они не носили фатальный характер. Поздние осложнения развились у 39 (37,9 %) пациентов (кровотечение 6 (5,8 %), образование фистулы 4 (3,9 %), миграция 2 (1,9 %), рецидив дисфагии 27 (26,2 %)).

В целом общее количество осложнений составило 74,8 % (кровотечение 8 (7,8 %), перфорация 1 (0,97 %), образование фистулы 4 (3,9 %), миграция 8 (7,8 %), рецидив дисфагии 27 (26,2 %), длительный болевой синдром 51 (49,5 %), изжога 18 (17,5 %), регургитация 22 (22,4 %)), из них жизнеугрожающие осложнения составили 10,7 %.

Выводы

Стентирование пищевода с целью устранения дисфагии при опухолевом стенозе, у неоперабельных больных, является высокоэффективной процедурой в 100 % случаев.

Подбор пациентов для установки стентов следует производить индивидуально с учетом ожидаемой продолжительности жизни, прогнозируя высокую вероятность развития осложнений в среднем через 3–4 месяца после стентирования.

У 1/4 больных стентирование опухолевого стеноза сопровождается развитием осложнений, частота их развития в 2 раза выше у пациентов получавших противоопухолевую терапию.

При рестенозах, вызванных вовлечением в опухоль новых сегментов пищевода выше и ниже стента с развитием дисфагии, оправдали себя повторное стентирование по методике «стент в стент» и аргоноплазменная коагуляция.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ СТЕНКИ ПИЩЕВОДА ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ

Буданова М. Б., врач-эндоскопист

Миронов А. В., в. н. с., к. м. н.

Макаров А. В., врач-эндоскопист

Хамидова Л. Т., зав. научным отделением ультразвуковых и функциональных методов исследований, к. м. н.

Абучина В. М., врач ультразвуковой диагностики

Поцхверия М. М., зав. научным отделением лечения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств, к. м. н.

Симонова А. Ю., в. н. с., к. м. н.

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

г. Москва



■ Буданова М. Б.

Актуальность

Эндоскопическая оценка степени химического ожога пищевода не позволяет определить глубину поражения тканей, что влияет на прогноз течения заболевания и выбор методов лечения

Цель исследования

Оценка возможности применения эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) для определения глубины поражения стенки у пациентов с химическими ожогами пищевода.

Материалы и методы исследования

Выполнен анализ результатов диагностики 22 пациентов (12 женщин и 10 мужчин) с отравлением веществами прижигающего действия за 2017–2018 гг. Средний возраст составил $40,3 \pm 3,6$ года (от 24 до 74 лет).

Всем пациентам при поступлении была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) по стандартной методике с целью оценки степени тяжести химического ожога пищевода. Степень тяжести химического ожога пищевода при ЭГДС оценивалась по классификации С. В. Волкова 1997 г.: катаральные изменения слизистой пищевода соответствуют ожогу 1 степени (ст.), эрозивное поражение – 2 ст., язвенное – 3 ст., некротические изменения – 4 ст.

При эндоскопическом исследовании химический ожог пищевода (ХОП) 2 степени был выявлен у 7 пациентов (31,8 %), ХОП 3 ст. — у 11 пациентов (50,0 %) и ХОП 4 ст. — у 4 (18,2 %). У пациентов с ХОП 2 ст. при первичной ЭГДС выявлялись помимо отека и гиперемии слизистой пищевода наложения тонкого светлого фибрина и эрозии с чистым дном, с ХОП

3 ст. — наложения светлого плотного фибрина, реже — язвенные дефекты с чистым дном, с ХОП 4 ст. — наложения плотного серого фибрина с участками некрозов, отсутствие перистальтики. Эндосонографию пищевода проводили на оборудовании фирмы Olympus EU-ME 1 мини-зондом UM-G 20–29 R Olympus с частотой 20 МГц по стандартной методике в различные сроки (от 1 до 7 суток).

Зондовый датчик выбран в связи с атравматичностью его применения и техническими характеристиками (УЗ волны высокой частоты проникают неглубоко в ткани, что позволяет детально оценить слои стенки пищевода).

Результаты исследования

У 2-х пациентов с ХОП 2 ст. на 2-е сутки от момента ожога имелся отек слизистого и подслизистого слоев, у 7-ми пациентов с ХОП 2 ст. при ЭУС, выполненной в стадии неполной эпителизации, патологии слоев стенки пищевода выявлено не было. Из 11 пациентов с ХОП 3 у 9 определялся отек слизистого и подслизистого слоев стенки пищевода, в 2 случаях при ЭУС выявлено нарушение дифференцировки слоев стенки пищевода до 7–8 и неравномерный мышечный слой. Из 4 пациентов с ХОП 4 степени у 1 выявлен отек до подслизистого слоя, у 2-отсутствие дифференцировки слоев, включая мышечный, у 1-неравномерность мышечного слоя.

В настоящем исследовании степень тяжести поражения стенки пищевода, определенная эндоскопически, у всех пациентов совпала с данными ЭУС. У всех пациентов с ХОП 4 и у 1 с ХОП 3 с ЭУС- признаками поражения мышечного слоя сформировалась стриктура пищевода.

Заключение

Эзофагогастродуоденоскопия при первичном осмотре не позволяет определить глубину поражения стенки при химическом ожоге, в связи с чем предложено использование ЭУС. ЭУС на ранних сроках позволяет оценить глубину поражения стенки пищевода, что влияет на прогноз (развитие стриктуры) и определяет выбор метода эндоскопического лечения.

Выявленные при ЭУС признаки повреждения мышечного слоя позволяют предположить образование рубцовой стриктуры пищевода в исходе ожога.

ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИОТОМИЯ (П.О.Э.М.) КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННЫМ МЕТОДАМ МИОТОМИИ ПРИ АХАЛАЗИИ

Габриэль С. А., д. м. н., зав. отделением эндоскопии
Гучетль А. Я., к. м. н., рук. центра малоинвазивным методом хирургического лечения
Дурлештер В. М., д. м. н., проф., зам. гл. врача
Дынько В. Ю., к. м. н.; Тлехурай Р. М., к. м. н.; Мамишев А. К.; Беспечный М. В.
отделение эндоскопии ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗРФ

г. Краснодар

Введение

За последние годы, в связи с появлением высокотехнологичного оборудования и инструментария, значительно расширились возможности гибкой эндоскопии. Идея создания в подслизистом слое гидравлической подушки и доступа в подслизистый слой вывела на принципиально новый уровень возможности эндоскопической хирургии в лечении ахалазии кардии. Благодаря данной технологии появилась такая эндоскопическая высокотехнологичная операция, как пероральная эндоскопическая миотомия (П.О.Э.М.) при ахалазии кардии.

В клинической практике данная методика впервые была выполнена Н. Inoue в 2008 году. Сущность данной технологии заключается в эндоскопическом доступе, формировании канала (тоннеля) в подслизистом слое и выполнения полнослойной миотомии (рассечения мышечного слоя) в области кардии. Заканчивается операция ушиванием разреза слизистой оболочки методом эндоскопического клипирования.

На сегодняшний день некоторые клиники имеют уже более чем 5 летний опыт применения данной методики и отмечают высокий процент послеоперационного снижения дисфагии, достигающий до 100 %. В России данный метод стал внедряться с 2014 года. В Краснодарском крае подобная операция впервые была выполнена в августе 2017 года в ГБУЗ «ККБ № 2». В настоящее время в наша клиника имеет опыт выполнения 31 операции П.О.Э.М.

Целью нашего исследования было внедрить и проанализировать эффективность выполненных операций ПОЭМ в условиях ГБУЗ «ККБ № 2».

Материалы и методы

С 2017 г. в ГБУЗ «ККБ № 2» выполнено 31 операция ПОЭМ. В качестве оборудования использовали: видео эндоскопический центр «Olympus» Evis Exera III, видео гастроскоп «Olympus» GIF H-190 с дистальным колпачком, CO-2 инсуфлятор «Olympus» UCR, электрохирургический аппарат «ERBE» VIO 200S, резектотомы «Finemedix» CleaCut-knife (Q-тип), «Olympus» Dual-knife,



Габриэль С. А.

коаграспер «Olympus», вращающийся клипапликатор «Olympus», эндоклипсы «Olympus» с размахом бранш 7 и 9 мм.

После анализа существующих в литературе вариантов выполнения операции мы выбрали для внедрения метод полнослойной кардиомиотомии с рассечением как поперечных, так и продольных мышечных волокон.

Выборка пациентов осуществлялась на основании клинических проявлений ахалазии, заключения проведенного ЭФГДС, подтвержденного рентгенологическим исследованием с пассажем бария.

Показанием к операции была ахалазия кардии 2–4 стадии. Нами была применена классификация ахалазии кардии, которая была разработана Б. В. Петровским. Он выделяет 4 стадии:

- 1 стадия — функциональный перемежающийся спазм.
- 2 стадия — стабильный спазм кардии с нерезким расширением пищевода.
- 3 стадия — рубцовые изменения мышечных слоев кардии с выраженным супрастенотическим расширением.
- 4 стадия — резко выраженный стеноз кардии с большой дилатацией пищевода, S-образным его искривлением, явлениями застойного эзофагита с участками некроза и изъязвлений.

Техника операции следующая: на расстоянии примерно 20–25 см от резцов, по задней стенке пищевода, после создания гидравлической подушки, выполняем продоль-

ное рассечение слизистой оболочки на протяжении около 1.5–2 см.

Для создания гидравлической подушки используем раствор Гелофузин подкрашенный индигокармином. Введение раствора в подслизистый слой осуществлялось с помощью эндоскопического инъектора. После выполнения иницирующего разреза, эндоскоп вводится в подслизистый слой и формируется канал до субкардиального отдела.

Формирование канала осуществляли с помощью резектотомов. В случае визуализации крупных сосудов по ходу тоннеля выполняли их коагуляцию при помощи коаграспера. Далее производим порционное рассечение циркулярного и продольного мышечных слоев на протяжении 6–7 см проксимальнее кардии и на 2–3 см дистальнее. Дефект слизистой оболочки сшивали эндоскопическими клипсами. После проведенной операции пациенты находились в хирургическом отделении 3–4 дня с курсом профилактической антибактериальной терапии.

Результаты

За данный период выполнено 31 операция. Из них: 14 мужчин, 17 женщин в возрасте от 33 до 73 лет (средний возраст $\pm 53,4$ года). По степени выраженности ахалазии больные распределились следующим образом: со II степенью — 18 больных, с III степенью — 11 больных, с IV степенью — 2 больной. В среднем анамнез заболевания составил 5–7 лет. Продолжительность оперативного вмешательства варьировала от 49 до 180 минут. Интраоперационных осложнений, повлиявших на изменение лечебной тактики, не выявлено. У 8 больных во время

операции имел место карбоксимедиастинум или карбоксиперитонеум, однако данное состояние разрешалось самостоятельно, без дополнительных лечебных манипуляций. Летальных исходов и осложнений, повлиявших на тактику ведения больных в послеоперационном периоде, не отмечалось. Средняя продолжительность госпитализации составила 6.8 к/дня. В послеоперационном периоде больные чувствовали себя хорошо. При эндоскопическом контроле через 6 месяцев у обследованных больных отмечается свободное прохождение гастроскопа через кардиальный жом, сужение просвета пищевода в среднем на 1–3 см, регресс явлений застойного эзофагита. Клинически все больные отмечали положительный результат после проведенной операции — отсутствие или уменьшение явлений дисфагии, отсутствие ночного кашля и болевых ощущений за грудиной. При рентгенологическом контроле с применением рентгенконтрастного вещества у всех пациентов было отмечено свободное прохождение контрастного вещества через пищеводно-желудочный сфинктер, без патологических затеков за пределы органа.

Выводы

ПОЭМ является новым, эффективным, относительно безопасным, малоинвазивным методом лечения пациентов с ахалазией кардии, позволяющей сократить сроки госпитализации и обладающей прекрасным косметическим эффектом. Однако, окончательные выводы по эффективности и безопасности данной операции можно делать после более глубокого анализа большей группы больных и более длительного периода наблюдения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВОДА

Гасанов А. М., Даниелян Ш. Н., Тарабрин Е. А., Рабаданов К. М., Квардакова О. В., Мокрышева Н. Г.
ГБУЗ НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗ

г. Москва

Цель исследования

Определить возможности эндоскопического лечения при доброкачественных новообразованиях пищевода.

Материал и методы исследования

За период с 2017 по 2018 годы в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского эндоскопическое удаление доброкачественных новообразований пищевода выполнялось 6 пациентам (4 женщины, 2 мужчин). Из них в 4-х наблюдениях диагностированы неэпителиальные образования, в 2-х — эпителиальные. Все новообразования локализовались в грудном отделе пищевода. Возраст пациентов колебался от 32 до 79 лет. Всем пациентам выполнялось рентгеноконтрастное исследование пищевода, эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) и компьютерная томография (КТ) грудной клетки с контрастным усилением. Предоперационная биопсия новообразований не производилась, на гистологическое исследование направляли удаленное новообразование целиком. Операция по удалению новообразований выполнялась трансоральным доступом с помощью гибкого эндоскопа с дистальным колпачком и инсуффляцией CO₂. Неэпителиальные образования удалялись туннельным методом, эпителиальные образования — методом диссекции в подслизистом слое. В послеоперационном периоде всем пациентам выполнялось контрольное рентгеноконтрастное исследование пищевода.

Результаты

При эндоскопическом исследовании у 4 пациентов диагностировано объемное образование, не связанное со слизистой оболочкой. При эндоскопической ультрасонографии гипоэхогенное объемное образование локализовалось в подслизистом слое и было интимно связано с мышечным слоем стенки пищевода. По данным ЭУС исследования размер новообразований варьировал от 1,0 см до 2,0 см в диаметре. По результатам КТ данных за распространение опухоли за пределы пищевода не выявлено. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода определялось объемное образование грудного отдела пищевода, перекрывающее просвет пищевода до 2/3. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. При удалении размеры новообразований соответствовали данным ЭУС сканирования. При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании удаленных новообразований пищевода во всех наблюдениях диагностирована лейомиома.

У 3-х пациентов с неэпителиальными новообразованиями послеоперационный период протекал без осложнений, пациенты выписаны на 2–5е сутки. В одном наблюдении при



Гасанов А. М.

контрольном рентгенологическом исследовании на 2-е сутки после операции, выявлено интрамуральное затекание контрастного вещества в подслизистый слой по ходу сформированного туннеля, протяженностью около 2,5–3 см. Эндоскопические клипсы были удалены, интрамуральная полость санирована. У дистального края туннеля сформирована контрапертура размерами 5–6 мм. На уровне туннеля установлен саморасправляющийся покрытый металлический стент длиной 9 см. На 6-е сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. На 30-е сутки стент удален. При контрольном рентгеноконтрастном исследовании пищевод свободно проходим, затекания за контуры не выявлено.

У 2 пациентов с эпителиальными образованиями при ЭУС сканировании объемное образование локализовалось в слизистом слое с инвазией в собственную мышечную пластинку слизистой оболочки пищевода, и размер новообразований варьировался от 0,5 см до 1,0 см в диаметре.

При контрольном рентгеноконтрастном исследовании в одном наблюдении пищевод свободно проходим для взвеси сульфата бария. Затекание за контуры, депо контрастного вещества не выявлены. Во втором наблюдении определялась плоская контурная ниша 0,5x0,3 см с широким валом вокруг, без затекания за контуры пищевода. При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании удаленных новообразований пищевода в обоих наблюдениях диагностирована лейомиома собственной мышечной пластины слизистой оболочки. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациенты выписаны на 2–4-е сутки.

Заключение

Таким образом, эндоскопическое удаление доброкачественных новообразований пищевода позволяет выполнить расширенную биопсию и является методом выбора в лечении данной патологии.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Дрозд У.А., врач-эндоскопист ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
Лукьянчук Р.М., зав. эндоскопическим отделением ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер»
Федотов Б.Л., врач-эндоскопист ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
Габдрахманова Л.Д., хирург СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

г. Санкт-Петербург



■ Дрозд У.А.



■ Лукьянчук Р.М.



■ Федотов Б.Л.



■ Габдрахманова Л.Д.

Введение

Пищевод Барретта (синдром Барретта) — замещение многослойного плоского эпителия нижней трети пищевода цилиндроклеточной метаплазией, имеющей протяжённость не менее 1 см от гастроэзофагеального перехода. Для постановки диагноза необходимо гистологическое подтверждение, где будет описано наличие (низкой или высокой степени) или отсутствие дисплазии эпителия.

При ЭГДС осмотр проводится как в белом свете, так и с использованием режимов NBI, при необходимости мы дополняем исследование хромоскопией. Обязательно выполняется прицельное взятие биопсии из наиболее изменённых участков слизистой. Описание пищевода Барретта (ПБ) проводится в соответствии с Пражской классификацией: С- протяжённость циркулярного сегмента, М — максимальная протяжённость метаплазии.

При отсутствии дисплазии эпителия и протяжённости пищевода Барретта менее 10 см пациенты переходят под наблюдение гастроэнтеролога. Данная группа пациентов проходит ЭГДС один раз в 3–5 лет (Bas Weusten, Raf Bisschops. ESGE Guidelines. 2017 г.).

Пациенты с пищеводом Барретта протяжённостью более 10 см без дисплазии отправляются на лечение к гастроэнтерологу на 6 мес., после чего им выполняется повторное обследование со взятием биопсии.

При наличии дисплазии низкой или высокой степеней выполняется эндоскопическое лечение (EMR, ESD, РЧА) по отдельности либо в комбинации.

После эрадикации пищевода Барретта основной целью врача становится решение проблемы гастроэзофагеального рефлюкса, а точнее выбора антирефлюксной операции индивидуально для каждого пациента (эндоскопическая методика, лапароскопическая методика).

Цель

Разработать комплексный подход в лечении пациентов с пищеводом Барретта.

Материалы и методы

С марта 2016 г. на базе ГБУЗ Ленинградского онкологического диспансера было пролечено 27 больных, у которых был установлен диагноз пищевода Барретта с дисплазией различных степеней. Данной группе больных первым этапом выполнялась радиочастотная абляция (РЧА) метаплазированного эпителия. Для РЧА использовались баллонные или фокальные катетеры, которые подключались к биполярному генератору радиочастотной энергии.

10-ти пациентам (37 %) с протяжённостью циркулярного сегмента ПБ более 3 см была выполнена РЧА с использованием баллонного катетера (HALO-360). Для подбора катетера нужного диаметра (от 18 до 31 мм) вначале операции проводилось измерение диаметра пищевода с помощью измерительного баллона. После этого в зависимости от степени дисплазии регулировалась мощность энергии от 10 до 12 Дж/см² и проводилась радиочастотная абляция метаплазированного эпителия по стандартной или упрощённой методике.

Упрощённая методика (Van Vilsteren и соавт. 2013 г.), состоящая из двух последующих РЧА с мощностью 12 Дж/см² без этапа очистки, одинаково эффективна в сравнении со стандартной методикой, но при этом более простая и быстрая. Упрощённую методику можно рассматривать при отсутствии рубцовых изменений в пищеводе.

При максимальной протяжённости пищевода Барретта менее 3 см, большой грыжи пищеводного отверстия диафрагмы радиочастотная абляция проводилась с примени-

ем фокальных катетеров (HALO-90, HALO-60). Фокальный катетер закреплялся на дистальном конце эндоскопа, каждый участок метаплазированной слизистой обрабатывался дважды (12 Дж/см²), далее удалялся аблированный эпителий и процедура повторяется. РЧА с применением фокальных катетеров была выполнена 17 пациентам.

Через 3 месяца после операции пациенты проходили ЭГДС для оценки эффективности эррадикации пищевода Барретта. В случае наличия резидуальных очагов, операция выполнялась повторно. Все пациенты в послеоперационном периоде получали ингибиторы протонной помпы в течение 6–12 мес.

Через 1 год после РЧА пациентам выполняли Rg-сцинтиграфию пищевода с Ba взвесью для выбора антирефлюксной операции.

В настоящее время показанием для эндоскопической антирефлюксной резекции слизистой кардии является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). 3-м пациентам была выполнена резекция слизистой кардиоэзофагеального перехода. При выполнении резекции возможно оставление одного «мостика» слизистой со стороны угла Гиса (по типу «полумесяца»), или двух «мостиков» друг напротив друга (по типу «крыльев бабочки»).

Во время оперативного вмешательства возможно выполнение петлевой резекции слизистой, либо применение метода подслизистой диссекции. Исходя из нашего опыта, наиболее удобной выглядит методика колпачковой резекции слизистой, из положения ретрофлексии, с введением коллоидного раствора в подслизистый слой. Настоящая методика не обладает большим количеством осложнений, а при их возникновении (перфорация, кровотечение) — есть возможность купировать их эндоскопически.

5-ти пациентам была выполнена лапароскопическая фундопликация (ЛФ). В своей практике мы использовали ЛФ по R. Nissen у 2-х пациентов, а у 3-х пациентов с коротким пищеводом — модифицированную операцию J. Dor.

Обычно эндовидеохирургическая антирефлюксная операция выполнялась через 4–5 портов. Желудок низводился в брюшную полость, после этого рассекалась желудочно-печеночная связка. Выделялись правая и левая ножки диафрагмы, после этого освобождалась задняя поверхность пищевода и гастроэзофагеального перехода. При выполнении круорографии ножки диафрагмы сшива-

лись позади пищевода, на данном этапе обязательно использовался зонд 45–60 Ff во избежание в дальнейшем послеоперационной дисфагии. Далее позади пищевода захватывалась проксимальная часть дна желудка, оставшаяся свободная часть дна желудка сдвигалась слева направо по передней поверхности пищевода до полного соприкосновения с задней частью манжетки. Обе части дна желудка сшивались между собой на протяжении 3–4 см, такими образом создавалась манжета на 360 градусов, которая располагалась на пищеводе без чрезмерной компрессии. При выполнении модифицированной операции J. Dor дно желудка подшивалось выше правой ножки диафрагмы, т.е. манжета вокруг пищевода формировалась на 180 градусов.

После выполнения эндоскопической антирефлюксной операции пациенты через 2 месяца приходят на контрольную эзофагогастродуоденоскопию, при выполнении лапароскопической фундопликации рентген-контроль с Ba взвесью выполняется через 3 месяца.

Результаты

РЧА была выполнена 27 пациентам с пищеводом Барретта. При контрольной ЭГДС у 7-ми (26 %) пациентов были выявлены резидуальные очаги пищевода Барретта, они продолжили принимать антрефлюксную терапию и через 3 месяца им провели повторную РЧА. 8-ми (30 %) пациентам после полной эррадикации пищевода Барретта были выполнены успешные антирефлюксные операции. Осложнения не возникли ни в одном случае.

Заключение

Подход в лечении пациентов с пищеводом Барретта должен быть комплексным, только слаженная работа гастроэнтеролога, эндоскописта и хирурга приводит к максимально эффективному решению проблемы. На базе Ленинградского областного онкологического диспансера отдается предпочтение РЧА абляции пищевода Барретта, так как это наиболее эффективный и безопасный метод из существующих на данный момент. Однако без проведения антрефлюксной операции мы бы не смогли гарантировать, что в дальнейшем у пациента на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не возникнет рецидив заболевания.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ЖКТ. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА?

Жданов А. В.¹, зав. эндоскопическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», врач-хирург, эндоскопист

Корымасов Е. А.¹, Директор ИПО, проректор по лечебной работе, д. м. н., проф., зав. кафедрой хирургии ИПО, гл. внештатный хирург министерства здравоохранения Самарской области

Навасардян Н. Н.², к. м. н., зам. гл. врача по хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», врач-хирург НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД» (гл. врач С. В. Блинов)
Кафедра хирургии ИПО СамГМУ (Зав. кафедрой — проф. Е. А. Корымасов).

г. Самара



■ Жданов А. В.



■ Корымасов Е. А.



■ Навасардян Н. Н.

Введение

Доля рака пищевода в структуре всех злокачественных заболеваний составляет 3 % и занимает 6-е место, а среди опухолей желудочно-кишечного тракта — 3-е место (после рака желудка и прямой кишки). Мужчины болеют чаще женщин в соотношении 5–10:1. Лица старше 70 лет составляют около 40 %. Пик заболеваемости приходится на возраст 50–60 лет. Рак толстого кишечника так же распространенное заболевание. Ежегодно в мире регистрируется более полумиллиона случаев заболевания раком толстой и прямой кишки, заболеваемость увеличивается с течением последних десятилетий. Тревожным является тот факт, что на 100 новых больных раком ободочной и прямой кишки приходится более 70 умерших, из них на 1-м году с момента установления диагноза, около 40 %.

Основной проблемой диагностики заболевания является поздняя обращаемость пациента. Нередко пациент обращается к врачу только при появлении признаков дисфагии или кишечной непроходимости. Зачастую заболевание диагностируется на неоперабельной стадии. При поступлении пациента в дежурный хирургический стационар. И от выбранной тактики лечения осложнений онкологического заболевания зависит вся дальнейшая тактика ведения пациента. В случае, когда пациенту невозможно провести радикальное лечение, пациент часто подвергается стому, в качестве паллиативной помощи. Эта мера спасает жизнь больного, но существенно снижает качество его жизни.

Цель

Обосновать применение эндоскопического стентирования при оказании паллиативной помощи пациентам, страдающим онкологическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. А так же обосновать стентирование в качестве предоперационной подготовки онкологического больного в условиях экстренного стационара.

Материалы и методы

В период 2016–18 г. выполнено 39 оперативных вмешательств по поводу онкологического заболевания непосредственно пищевода, 3 стентирования по поводу сдавления пищевода извне, 5 стентирований по поводу онкологического поражения толстого кишечника. При стентировании пищевода основным показанием было наличие дисфагии 3–4 ст. Все пациенты обращались за помощью в срочном и экстренном порядке. После проведения оперативного вмешательства пациенты начинали питаться самостоятельно со вторых суток. Предпочтение отдавалось частично покрытым стентам. Установка производилась под визуальным (эндоскопическим) и рентгенологическим контролем одновременно (Рис 1). Пациенты находились под стационарным наблюдением в течении трех суток. Эндоскопический контроль осуществлялся через одну неделю после установки стента и через месяц (Рис 2). Продолжительность жизни после выполненной операции составила от 2х до 12 месяцев. Одному пациенту из-за прогрессирования заболевания было проведено стентирование пищевода повторно по методике

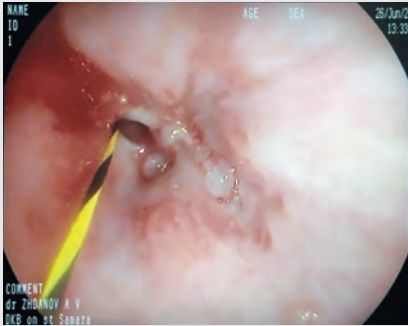


Рис 1. Проведение проводника опухоль пищевода

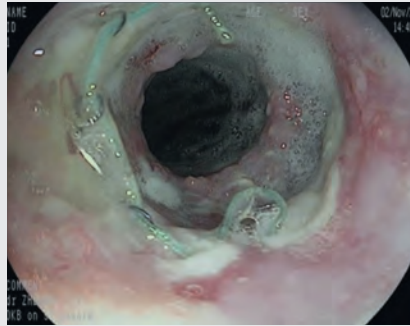


Рис 2. Стент пищевода через 1 неделю



Рис 3. Стентирование восходящей кишки



Рис 4. Стентирование прямой кишки



Рис 5. Ирригография. Стентирование восходящей кишки



Рис 6. Ирригография. Стентирование восходящей кишки

«стент в стент». В одном случае наблюдалось кровотечение из опухоли пищевода, требующее медикаментозной коррекции. В одном случае наблюдалась миграция пищевода стента, что потребовало проведения рестентирования опухолевого стеноза. 19 больных продолжали активное специализированное лечение заболевания. Препятствий дальнейшему противоопухолевому лечению пациента с установленным пищеводным стентом не выявлено.

При определении показаний к стентированию толстого кишечника на первое место выходило наличие обтурирующей просвет органа злокачественной опухоли с тенденцией к его обструкции. Стентирование толстого кишечника выполнялось как этап предоперационной подготовки у пациентов с субкомпенсированным злокачественным стенозом толстого кишечника. Так же стентирование толстого кишечника выполнялось пациентам с паллиативной целью. Установка стента производилась под визуальным и рентгенологическим контролем. После проведения струны проводника производилось заведение доставочного устройства колоректального стента в область опухолевого стеноза. Далее под контролем рентгеновского аппарата производилось раскрытие эндопротеза (Рис 3,4).

Предпочтение отдавалось непокрытым стентам. Осложнений после установки кишечных стентов выявлено не было. Продолжительность жизни после стентирования кишечника составила максимально 9 мес. Для наблюдения за просветом опухолевого стеноза в месте установки стента использовался метод ирригографии через 1 и 2 мес после установки стента (Рис 5,6). Данный метод дает ответ на все интересующие вопросы касающиеся стентирования и безопасен для пациента. Ни один из пациентов не подвергся стомированию в ближайший и отдаленный послеоперационный период.

Заключение

1. Эндоскопическое стентирование при опухолевом поражении органов пищеварения может быть альтернативным методом восстановления просвета органа в условиях экстренной хирургии.
2. Проведение стентирования позволяет обеспечить пациенту достойное качество жизни в период дожития или подготовки к операции.
3. Стентирование является современной, эффективной и безопасной методикой восстановления просвета полого органа.

РЕСТЕНТИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНО-ПЛЕВРАЛЬНОГО СВИЩА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ТРЕХ ЧАСТИЧНО ПОКРЫТЫХ ПИЩЕВОДНЫХ СТЕНТОВ. АВАНТЮРА ИЛИ ЗДРАВЫЙ СМЫСЛ?

Жданов А. В.¹, зав. эндоскопическим отделением, врач-хирург, эндоскопист
Корымасов Е. А.^{1,2}, д. м. н., проф., зав. кафедрой хирургии ИПО, гл. внештатный хирург МЗ Самарской области
Навасардян Н. Н.², к. м. н., зам. гл. врача по хирургии, врач-хирург
Барилко Е. В.², врач-хирург, эндоскопист. ГБУЗ СО «СГКБ № 2 им Н. А. Семашко»
Лежнев М. А.² врач-хирург, эндоскопист
¹Кафедра хирургии ИПО СамГМУ(Зав.кафедрой — проф. Е. А. Корымасов).
²НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД» (гл.врач С. В. Блинов)

г. Самара



■ Жданов А. В.



■ Корымасов Е. А.



■ Навасардян Н. Н.



■ Барилко Е. В.



■ Лежнев М. А.

Актуальность

Частота послеоперационных осложнений при пневмоэктомии составляет 15–25 %. Из них от 14,2 % до 40 % составляют осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (аритмии, инфаркт миокарда, ТЭЛА, сердечная грыжа с последующим перекрутом, постпневмоэтомический синдром), несостоятельность культи бронха (от 10 до 28 %), эмпиема плевры (1,2–12 %), пищеводно-плевральный свищ 1–2 % (Пахомов Г. Л., 2015.) Возникновение пищеводно-плеврального свища является одним из сложных и опасных осложнений после пульмонэктомии, требующего дальнейших инвазивных вмешательств. Причиной появления пищеводно-плеврального свища (ППС) является комбинированный характер оперативного лечения (с резекцией стенки пищевода) или травма стенки пищевода при медиастанальной лимфодессекции (Хирургия Пищевода под редакцией А. Ф. Черноусова, П. М. Богопольского, Ф. С. Курбанова). При этом наблюдается 20–30 % летальных случаев, связанных с формированием хронической эмпиемы плевры. Оперативные методы лечения, как правило, сопряжены с большими техническими трудностями, а так же опасны присоединением большого количества осложнений. При активном хирургическом лечении данной патологии частота общехирургических осложнений составляет до 20 % случаев. В последнее время все чаще прибегают

к эндоскопическому лечению пищеводно-плевральных свищей. Однако и у данного вида лечения есть свои недостатки. Учитывая отсутствие стеноза, нередко наблюдается миграция пищевода стента, что сопровождается возобновлением сообщения просвета пищевода и плевральной полости. Кроме того, миграция пищевода стента требует от оперирующего эндоскописта дополнительных вмешательств по удалению эндопротеза.

Цель

Демонстрация клинического случая лечения пациента с наличием пищеводно-плеврального свища, которому ранее была выполнена установка трех частично покрытых пищеводных стентов.

Материалы и методы

Пациент В. 48 лет обратился после лечения в одном из стационаров города. Из анамнеза выяснено: болен в течение трех лет, когда по причине центрального рака правого легкого была выполнена пневмоэктомия. Послеоперационный период протекал с наличием осложнения в виде формирования бронхоплеврального свища, что в дальнейшем привело к формированию хронической эмпиемы плевры через 1,5 года. Плевральная полость дренирована трубчатым дренажом. Через 2,5 года отмечается

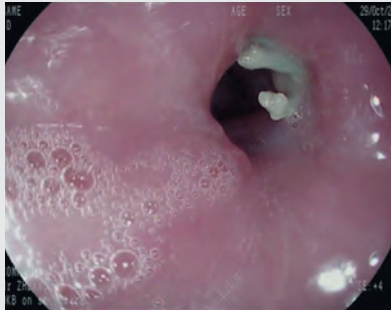


Рис 1. Проксимальная стриктура пищевода

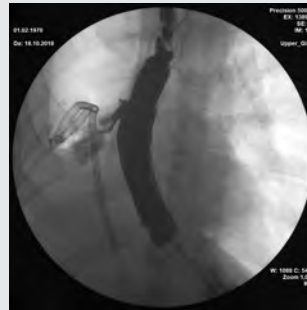


Рис 2. Р-скопия пищевода. Выход контрастного вещества в плевральную полость

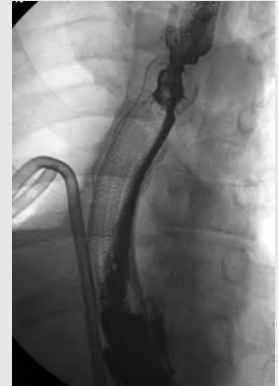


Рис 3. Р-скопия пищевода. Три стента установлены один в другой

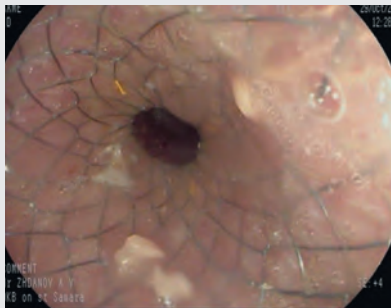


Рис 4. Стентирование проксимальной стриктуры пищевода



Рис 5. Дистальная стриктура пищевода



Рис 6. Стентирование дистальной стриктуры пищевода

поступление съеденной пищи по дренажу плевральной полости. В результате эзофагоскопии диагностирован дефект стенки пищевода на 30см от резцов диаметром примерно 5–10мм. Выполнена попытка стентирования пищевода частично покрытым стентом диаметром тела 18мм и 23мм воронки, длиной 10см. Однако уже в ближайшие несколько суток наступила миграция стента ниже области свищевого хода на 5см. Предпринята попытка рестентирования пищевода по типу «стент в стент», аналогичным по характеристикам эндопротезом. Что так же сопровождалось миграцией проксимального стента. Вновь предпринята попытка установки пищеводного стента с аналогичными характеристиками, длиной 18 см, по типу «стент в стент» не удаляя ранее установленные эндопротезы. В результате свищевой ход был перекрыт тремя частично покрытыми пищеводными стентами. Однако, в течении двух недель вновь наблюдалось поступление пищевого содержимого по дренажу из плевральной полости. Отграничить плевральную полость от просвета пищевода путем выбранного способа лечения не удалось. Кроме того наблюдались рыхлые грануляции в результате врастания проксимальной воронки стента в слизистую оболочку пищевода. Произвести удаление стента не удалось. Далее проводилось консервативное лечение. В течении бти месяцев пациент питался и отмечал частичное поступление пищевого содержимого по дренажу из плевральной полости. Плевральная полость активно санировалась через

дренаж. В ближайшее время с момента формирования свищевого хода диагностировано наличие патологической инфекции в отделяемом плевральной полости (синегнойной палочки). Указанный факт не способствовал заживлению пищеводного свища. Кроме того, через 6–7 месяцев пациент начал отмечать признаки дисфагии 3 ст. В результате выполненной эзофагоскопии выявлено наличие плотного циркулярного сужения представленного грануляционной тканью в области проксимальной воронки ранее установленного пищеводного стента. Диаметр сужения соответствовал 5мм. Воронка стента и его лассо не были визуализированы. Пациенту предложено наложение гастростомы по месту прохождения лечения, от вмешательства отказался.

При первичном обращении больного за помощью в наше лечебное учреждение, выполнено рентгенконтрастное исследование пищевода. Диагностированы две области сужения до 4–5 мм с признаками задержки контрастного вещества. Первая стриктура пищевода соответствовала проксимальной воронке проксимально установленного стента, вторая, области напротив, располагалась на уровне дистального края дистально установленного стента. Кроме того отмечалось свободное попадание контрастного вещества в плевральную полость через пищеводно-плевральный свищ (Рис. 1, 2, 3). Сформулирован диагноз: Рак правого легкого. Состояние после пневмоэктомии. Хронический бронхоплевральный свищ.

Хронический пищеводноплевральный свищ. Хроническая эмпиема плевры справа. Рубцовая стриктура пищевода. Дисфагия 3ст.

После проведения всестороннего обследования выполнено рестентирование проксимальной грануляционной стриктуры пищевода полностью покрытым пищеводным стентом M.I tech 10см длиной, 20мм диаметром (Рис. 4). Это позволило произвести постепенную дилатацию проксимальной стриктуры пищевода, добиться реканализации непокрытой части верхнего стента. Через две недели произведено удаление полностью покрытого стента. Область проксимального сужения реканализирована до 2см, эндоскоп проведен к области дистального сужения. Суммарная протяженность установленных ранее трех частично покрытых стентов составила 18–20см. Далее струна проводник проведена через канал стриктуры в желудок. По проводнику произведено продвижение доставочного устройства полностью покрытого пищеводного стента M.I tech 22 см длиной, 20мм диаметром (Рис 5, 6). Таким образом, вновь установленный покрытый стент позволил перекрыть и дилатировать проксимальное и дистальное сужение в области непокрытых частей стентов. Это было сделано для обеспечения стойкого асептического некроза грануляционных тканей в области непокрытых частей стентов, а так же для обеспечения нормального питания пациента. Явления дисфагии были купированы. Пищевое отделяемое по дренажу плевральной полости не наблюдалось, что создавало благоприятные условия для лечения хронической эмпиемы плевры.

Через 2 месяца выполнена эзофагогастроскопия, во время которой в первую очередь выполнено удаление покрытого стента 22см. Получен доступ к установленным ранее трем частично покрытым стентам, которые поочередно удалены (Рис. 7). После удаления активного кровотечения нет, определяется сброс воздуха по дренажу плевральной полости. Стоит отметить, что удаление пищеводных стентов требовало значительных усилий. Период

их нахождения в пищеводе на момент операции составил 9мес. На 32 см визуализируется пищеводно-плевральный свищ, диаметром 1 см, края эпителизированные, ровные, четкие (Рис. 8). Следующим этапом, с целью укрытия свищевого отверстия, по струне проводнику с помощью системы доставки установлен полностью покрытый стент M.I. Tech HANAROSTENT, длиной 150 мм, с диаметром стента 28 мм и диаметром воронки 34 мм(Рис. 9). Отмечается прекращение сброса воздуха по плевральному дренажу. Стент позиционирован при помощи рентгеновского аппарата таким образом, чтобы центральная его часть находилась на уровне свищевого отверстия пищевода. За счет большого диаметра достигнута хорошая фиксация эндопротеза в органе (Рис. 10).

В настройащий момент пациент чувствует себя удовлетворительно, активно питается, по плевральному дренажу отделяемого нет, готовится к следующему этапу лечения в отделении торокальной хирургии

Заключение

Эндоскопическое стентирование полностью покрытыми пищеводными стентами может быть альтернативным вариантом лечения пациентов с пищеводными свищами. Метод позволяет эффективно разобщить желудочно-кишечный тракт с плевральной полостью. При выполнении стентирования пищевода отсутствует необходимость наложения гастростомы, что не снижает качество жизни пациента. Однако необходимо более тщательно относиться к выбору стента для укрытия пищеводного свища. Использование частично покрытых стентов недостаточного для фиксации диаметра является неэффективно. Образующиеся грануляции в области непокрытых частей стента способствуют полному перекрытию просвета пищевода. Непокрытые части стентов не способны эффективно разобщить свищевой ход и плевральную полость. Удаление частично покрытых стентов представляет собой сложную и опасную операцию.

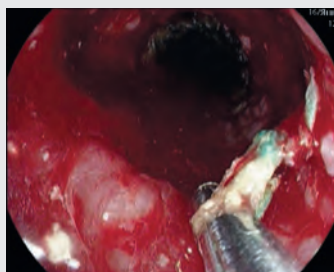


Рис 7. Удаление частичного покрытого стента



Рис 8.Пищеводноплевральный свищ

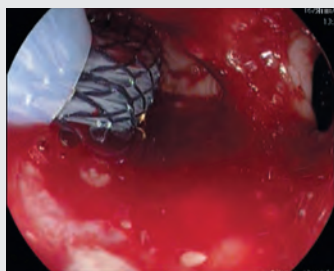


Рис 9. Стентирование покрытым стентом. Область свища справа

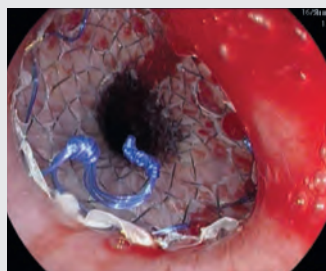


Рис 10. Окончательное открытие покрытого пищеводного стента

ОПЫТ УСПЕШНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВОВ И ПЕРФОРАЦИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Жегалов П. С., зав. отделением
Мелкомуков В. А., Денисова А. Б., Самойленко А. В., Антипенко Н. Е., Чащин Р. Н., Язикова Ю. В., Гомбоев Б. Г.
КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Эндоскопическое отделение

г. Красноярск



■ Жегалов П.С.



■ Мелкомуков В.А.



■ Денисова А.Б.



■ Самойленко А.В.



■ Антипенко Н.Е.



■ Чащин Р.Н.



■ Язикова Ю.В.



■ Гомбоев Б.Г.

Перфорации во время проведения эндоскопических исследований и лечебных манипуляций — редкие, но очень опасные осложнения, которые могут привести к серьезным последствиям для здоровья пациента, а иногда даже к смерти. В последнее время количество такого рода осложнений увеличивается, что может быть связано с увеличением количества эндоскопических манипуляций, но при этом увеличивается спектр диагностических и лечебных возможностей. Время, которое проходит от момента перфорации до его диагностики и лечения, играет ключевую роль в успехе купирования возможных осложнений и минимизации последствий [1]. Возможности эндоскопии в закрытии дефектов, ведении пациентов с подобными осложнениями все время расширяются [2]. Эндоскопическими способами закрытия перфорация могут быть: закрытие дефекта клипсами (через канал эндоскопа); (ограничение — свежие разрывы), установка саморасправляющегося покрытого стента; (ограничение — миграция стента, неадекватное закрытие); закрытие дефекта при помощи сшивающих устройств; (ограничение — сложная и дорогая методика. Нет регистрации в РФ.); вакуумная терапия.

В отделении эндоскопии за 2018 год краевой клинической больницы было выполнено 47 антеградных бужирований стриктур пищевода по проводнику и 243 ЭРХПГ с различными вариантами папиллосфинктеротомии. В ходе работы произошли следующие осложнения: два разрыва пищевода и две забрюшинные перфорации ДПК во время выполнения папиллосфинктеротомии. В лечении разрывов пищевода было применено в одном случае закрытие дефекта при помощи клипс, в одном случае выполнена установка вакуум-аспирационной системы. В ДПК было проведено закрытие перфораций при помощи клипс с последующим стентированием общего желчного протока.

Антеградное бужирование пищевода — метод позволяющий поэтапно произвести дилатацию просвета пищевода при рубцовом стенозе как следствия воздействия едких веществ, после наложения анастомозов, а также пептических стриктур. Уровень осложнений при проведении дилатации стриктур пищевода может достигать 1,9 % [3].

Клинические примеры

Пациентка 44 лет поступила в отделение торакальной хирургии в августе 2017 г. с диагнозом: Постожеговой рубцо-

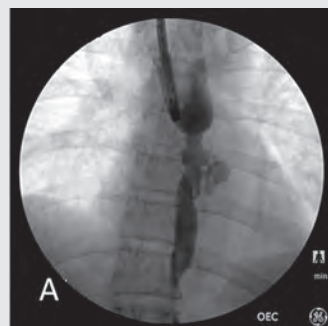


Рис. 1 (А, Б, В)

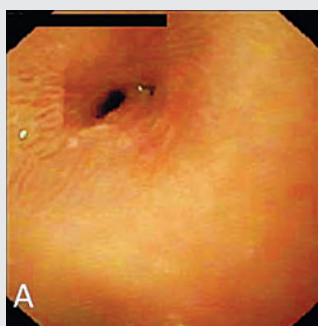
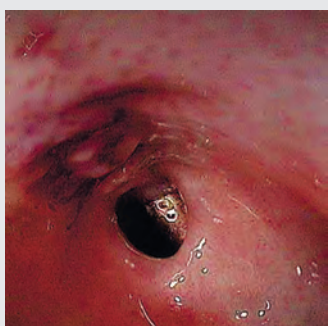
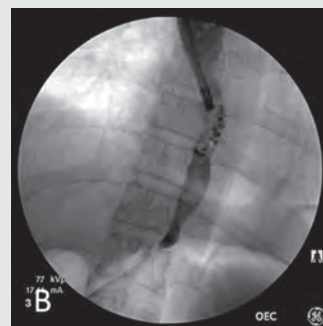


Рис. 2

Рис. 3 (А, Б)

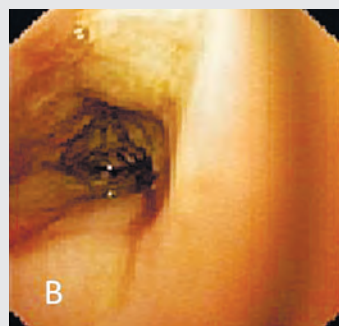
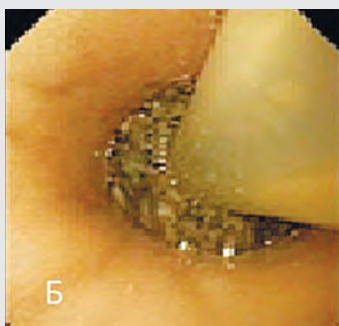
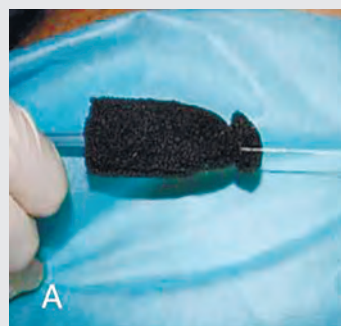


Рис. 4 (А, Б, В)

вый стеноз с/3 пищевода 3 ст. (по данным ФГС и R-скопии диаметр просвета около 4–5 мм). Из анамнеза: затруднения при приеме пищи беспокоят с 2003 г. после ожога пищевода уксусом. Бужирование проводилось 10 лет назад. Выполнено антеградное бужирование стеноза по проводнику бужами диаметром от 5 до 9 мм. После проведения выполнена контрольная эзофагоскопия. При рентгеноскопии выявлен затек контрастного вещества.

Диагностирован разрыв с/3 пищевода. Выполнено эндоскопическое внутрипросветное ушивание разрыва при помощи клипс Olympus NH (Рис. 1).

Пациентка выписана на 7-е сутки после ушивания. В последующем выполнена видеоэзофагогастродуоденоскопия в динамике (Рис. 2).

Пациент 47 лет поступил в отделение торакальной хирургии в августе 2018 г. с диагнозом: постожоговый рубцовый стеноз н/3 пищевода в 3 ст. (по данным ФГС

и R-скопии диаметр просвета около 3 мм, рисунок б). Последнее бужирование проводилось 2017 г. Выполнено 3 этапа антеградного бужирования стеноза по проводнику. На 1-е сутки после каждого этапа бужирования выполнялась рентгеноскопия пищевода с контрастным веществом — затеков выявлено не было.

На 2-е сутки после 3-го этапа у пациента появились жалобы на боль в груди, гипертермия до 39,0 °С. Выполнена контрольная рентгеноскопия — выявлен затек контрастного вещества за пределы пищевода (Рис. 3). 22.08.2018 выполнена установка вакуум-аспирационной системы. 27.08.2018 вакуум-аспирационная система удалена. Дефект эпителизировался (Рис. 4, 5).

При проведении ЭРХПГ с лечебной целью одним из этапов операции становится ПСТ, при проведении которых возможны два основных осложнения: кровотечение из холедоходуodenального соустья и забрюшинная перфорация



Рис. 5

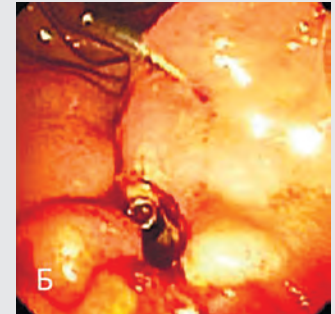
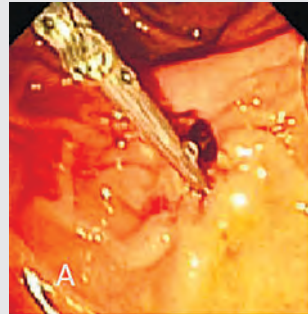


Рис. 6 (А, Б, В)

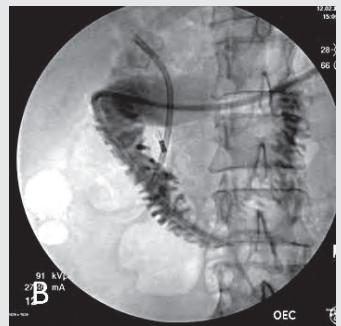
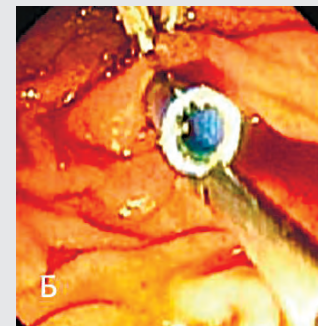
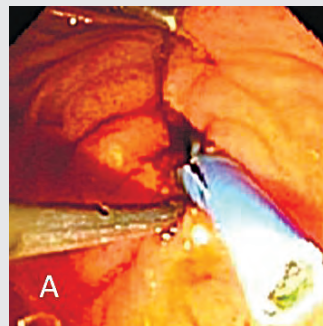


Рис. 7 (А, Б, В)

ДПК, частота последней в среднем составляет 0,6 %-0,43 %, а смертность — 9,9 %. При этом эффективность лечения без хирургического вмешательства составляет 90 % [2].

2 пациентки 77 и 45лет, поступили в отделение хирургии явлениями механической желтухи. В обоих случаях при выполнении ЭРХПГ были технические сложности с канюляцией желчных протоков, выполнялась атипичная ПСТ, которая осложнилась перфорацией ДПК. Осложнение в обоих случаях было диагностировано во время операции.

В обоих случаях было успешно применено эндоскопическое закрытие перфорации при помощи клипс, дополненное установкой пластикового стента в общий желчный проток. Так же стентировался главный панкреатический проток с целью профилактики острого панкреатита ввиду многократной его канюляций, при попытках канюляции желчных протоков (Рис. 6, 7).

После завершения операции в ДПК заведен зонд (удален на 4–5 сутки). Послеоперационный период протекал

без осложнений. Проводилась антисекреторная, противотки были выписаны на 10–12 сутки после операции. Через 4 и 6 недель в обоих случаях было выполнено удаление стентов из панкреатического и общего желчного протоков.

Несмотря на то, что в недавнем прошлом описанные виды осложнений могли иметь фатальные последствия, в том числе приводили летальному исходу, в настоящее время при своевременной диагностике возможно успешное эндоскопическое лечение без применения традиционных хирургических методик. Наложение вакуумной аспирационной системы при разрыве пищевода показало свою эффективность. Безусловно, наилучшим способом является предотвращение осложнений, но в том случае, когда результатом эндоскопического вмешательства явилось нарушение целостности органа, необходима своевременная оценка ситуации и, при наличии возможности, закрытие дефекта.

Литература

1. Voermans RP, Le Moine O, von Renteln D. Efficacy of endoscopic closure of acute perforations of the gastrointestinal tract. Clin Gastroenterol Hepatol 2012; 10: 603–608.
2. Paspatis GA et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy. 2014 Aug;46(8):693–711.
3. Fry LC, Mönkemüller K, Neumann H, Schulz HU, Malfertheiner P. Incidence, clinical management and outcomes of esophageal perforations after endoscopic dilatation. Z Gastroenterol. 2007 Nov;45(11):1180–4.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДИССЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЕРНИСТО-КЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

Журавлёв С. В., зав. эндоскопическим отделением
Белоголов А. В., д. м. н., профессор, ГБОУ ДПО «Иркутская Государственная медицинская академия последипломного обучения». Кафедра хирургии. ГОУ ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет». Кафедра онкологии и лучевой терапии
Маточкин В. В., врач-эндоскопист
Шыхыева Д. П., врач-эндоскопист
ГБУЗ ООД г. Иркутск (гл. врач проф. Дворниченко В. В.)

г. Иркутск

Зернисто-клеточная опухоль (ЗКО) относится к редкой патологии желудочно-кишечного тракта и может встречаться в различных органах и тканях. Считается, что данная опухоль развивается из шванновских клеток с гранулированной цитоплазмой. Впервые ЗКО пищевода описана отечественным патоморфологом А. И. Абрикосовым в 1931 году, в основном встречается у пациентов в возрасте от 40 до 60 лет и чаще у женщин по сравнению с мужчинами. [6]. Опухоль Абрикосова в пищеводе обычно протекает бессимптомно и обнаруживается случайно во время эндоскопии.

Образования больших размеров могут приводить к дисфагии. Эндоскопически опухоли представлены в виде небольших узелков или бляшек от серовато-белого до желтого цвета, чаще расположены в средней и нижней трети пищевода, и как правило, ограничены подслизистым слоем. [1,5]. Хотя большинство ЗКО пищевода имеют доброкачественное клиническое течение, в литературе сообщалось о злокачественных опухолях. Они обычно больше 4 см с быстрым ростом и инвазией в соседние ткани, высокой частотой рецидивов после удаления. [4]. В настоящее время эндоскопические операции, такие как резекция слизистой и подслизистая

диссекция, успешно стали применяться для лечения данной патологии. [2,3]

Цель исследования

Изучение результатов применения эндоскопической подслизистой диссекции для лечения зернисто-клеточной опухоли пищевода

Материалы и методы

В Иркутском областном онкологическом диспансере за период 2016–2018 гг. выполнено эндоскопическое удаление методом подслизистой диссекции опухоли Абрикосова в пищеводе у 10 больных, из которых было 3 мужчин и 7 женщин в возрасте от 30 до 58 лет, средний возраст составил 44,2 лет.

У 8 пациентов заболевание диагностировано выявлено при выполнении эзофагогастродуоденоскопии при диспансеризации по месту жительства. Заболевание в 9 случаях протекало бессимптомно, дисфагия была у 1 пациента. По данным эндоскопии опухоли выявлены в верхней трети пищевода у 2 больных, в средней трети — у 5, нижней трети — 3. Перед операцией проводили эндосонаографическое исследование ультрозвуковым зондом



Рис 1. Эндофото опухоли Абрикосова в средней трети пищевода

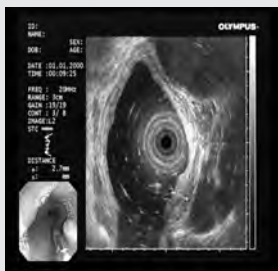


Рис 2. Эндосонаография опухоли Абрикосова

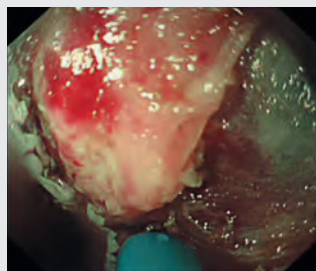


Рис 3. Этап подслизистой диссекции

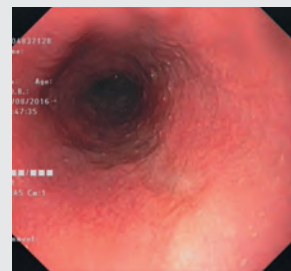


Рис 4. Эндофото пищевода через три месяца после операции. Рубец в месте вмешательства

OLIMPUS MAJ-935 с частотой 20 МГц. Все опухоли были расположены в подслизистом слое, размеры образований варьировали от 8 до 18 мм. Эндоскопическая подслизистая диссекция проходила по стандартной методике под внутривенной анестезией. С целью гемостаза во время операции применяли эндоскопические металлические клипсы, аргоноплазменную коагуляцию и коаграспер. Интраоперационная кровопотеря не превышала 50 мл, послеоперационных кровотечений не было. Длительность операции составила от 45 до 80 мин. Из осложнений в 2 случаях в раннем послеоперационном периоде диагно-

стирован пневмомедиастинум, пациентам проводили антибиотикотерапию, зондовое питание. Все пациенты выписаны не позднее 8 суток. Рецидив опухоли во всех случаях за время наблюдения не выявлен.

Выводы

Эндоскопическая подслизистая диссекция позволяет проводить органосохраняющее лечение, имеет хорошие результаты, и может с успехом применяться для удаления опухоли Абрикосова в пищеводе, тем самым улучшая качество жизни пациентов

Литература

1. Nie L, Xu G, Wu H, Huang Q, Sun Q, Fan X. Granular cell tumor of the esophagus: a clinicopathological study of 31 cases. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014;7(7):4000–7. Published 2014 Jun 15.
2. Nakajima M, Kato H, Muroi H, et al. Esophageal granular cell tumor successfully resected by endoscopic submucosal dissection. *Esophagus.* 2011;8(3):203–207.
3. Niknam R, Bagheri Lankarani K, Geramizadeh B. Diagnosis and Treatment of Esophageal Granular Cell Tumor: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Gastrointest Med.* 2017;2017:1071623.
4. Thumallapally N, Ibrahim U, Kesavan M, et al. Esophageal Granular Cell Tumor: A Case Report and Review of Literature. *Cureus.* 2016;8(9):e782. Published 2016 Sep 14. doi:10.7759/cureus.782
5. Wang HQ, Liu AJ. Esophageal granular cell tumors: Case report and literature review. *World J Gastrointest Oncol.* 2015;7(8):123–7.
6. Zhang M, Sun ZQ, Zou XP. Esophageal granular cell tumor: Clinical, endoscopic and histological features of 19 cases. *Oncol Lett.* 2014;8(2):551–555.

МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

Кайбышева В. О.¹, к. м. н.; Кашин С. В.^{1,2}, к. м. н.; Пирогов С. С.³, к. м. н.; Галкова З. В.¹, к. м. н.; Гасанов А. М.⁴, к. м. н.; Федоров Е. Д.¹, проф., д. м. н.; Видяева Н. С.²; Куваев Р. О., к. м. н.^{1,2}; Никонов Е. Л.¹, проф., д. м. н.; Шаповальянц С. Г.¹, проф., д. м. н.

¹ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова

² ГБУЗ «Ярославская областная клиническая онкологическая больница», ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России

³ МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

⁴ Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского

г. Москва, Ярославль

Непрерывно меняющиеся условия существования современного человека, технологический прогресс, модернизация сельского хозяйства, нацеленная на увеличение производительности, появление генетически-модифицированных продуктов, неблагоприятная экологическая ситуация, повсеместное применение антибактериальных препаратов оказывают неизбежное влияние на изменение структуры заболеваемости.

Все чаще врачи-клиницисты и ученые медики сталкиваются с некогда редкими или неизвестными нозологиями. Одним из таких заболеваний является эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) — хроническое иммуно-воспалительное заболевание пищевода, с неизвестной этиологией и клинической картиной, во многом напоминающей гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ).

В ряду заболеваний пищевода в странах Европы и в США эозинофильный эзофагит уже несколько десятилетий занимает второе по распространенности место после ГЭРБ. ЭоЭ является главной причиной дисфагии и острых эпизодов вклинения пищи в пищевод у детей и лиц молодого возраста. Официальные данные об эпидемиологии ЭоЭ, основанные на больших популяционных исследованиях, доступны только в США и некоторых странах Европы, где за последние 30 лет наблюдается значительный рост распространенности ЭоЭ.

Показатель заболеваемости ЭоЭ, составляющий на сегодняшний день 3,7 заболевших на 100000 человек в год (95 % CI, 1,7–6,5)[1], получен в результате мета-анализа (2016 г) нескольких крупных популяционных исследований, проведенных в США и некоторых странах Европы.

Наименьшие цифры заболеваемости зарегистрированы в Нидерландах (2,1 на 100000 в год), наибольшие — в США (12,8 на 100000 в год) [2–4].

Распространенность ЭоЭ значительно варьирует в зависимости от географического расположения страны: она максимальна в странах Западной Европы и Северной Америки, значительно ниже в Японии и Китае. Описаны случаи заболевания в Южной Америке, Корее, Турции, Ближнем Востоке. Данных по Африке и Индии нет. В России диагноз практически не устанавливается, имеются

лишь единичные публикации, описывающие нескольких больных с ЭоЭ.

Среди стран, в которых проводились эпидемиологические исследования, наименьшая распространенность ЭоЭ наблюдается в Дании (2,3 на 100000 человек) [5], наибольшая — в США (штат Огайо): 90,7 на 100000 [4]. В среднем распространенность ЭоЭ составляет 22,7 на 100000 человек (95 % CI, 12,4–36,0): 43,4 на 100000 (95 % CI, 22,5–71,2) взрослых и 29,5 на 100000 (95 % CI, 17,5–44,7) детей [1,6].

Первое мультицентровое исследование в России, оценивающее распространенность ЭоЭ среди пациентов, проходящих эзофагогастродуоденоскопию ЭГДС (по разным поводам) было проведено в 2018 г на базе ведущих эндоскопических отделений Москвы и Ярославля.

Исследование проводилось в пяти ведущих эндоскопических отделениях центрального федерального округа Российской Федерации: 4 — в Москве, 1 — в Ярославле. За 12-ти месячный период (с октября 2017 года по октябрь 2018 г) 23740 пациентов в возрасте от 18–80 лет подверглись эндоскопическому исследованию верхних отделов пищеварительного тракта в связи с различными жалобами (изжога, дисфагия, загрудинная боль и боль в эпигастрии, тошнота, рвота, отрыжка).

Пациентам с эндоскопическими признаками, характерными для эозинофильного эзофагита (отек, кольца, стриктуры, экссудат, продольные борозды) проводилась биопсия из дистального и проксимального отделов пищевода с последующей морфологической оценкой биоптатов. В случае обнаружения более 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения пациентам устанавливался диагноз «эозинофильный эзофагит».

Результаты исследования

ЭГДС позволила выявить эндоскопические особенности, характерные для ЭоЭ у 47 из 23740 пациентов. Морфологическое исследование биоптатов подтвердило наличие эозинофильной инфильтрации слизистой оболочки пищевода у 18 больных (0,076 %). Среди больных с верифицированным диагнозом ЭоЭ 77,7 % состав-

ляли мужчины. Средний возраст больных ЭоЭ — 37,25 лет (21–67), 88,8 % больных были моложе 45 лет. Большинство больных ЭоЭ жаловались на затруднения при глотании (61,1 %), изжогу (50 %), эпизоды вклинивания пищи в пищевод (33,3 %), тошноту (38,8 %). 83,3 % пациентов с ЭоЭ указывали на то, что ранее им был установлен диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, 27,7 % страдали аллергическим ринитом, 33,3 % имели atopический дер-

матит, 11,1 % -страдали бронхиальной астмой. 1 пациент сообщал о наследственном анамнезе (его брат близнец и мать страдали от дисфагии).

Заключение

Распространенность ЭоЭ в центральном федеральном округе Российской Федерации среди больных, которым проводилась ЭГДС составляет 0,076 %.

Литература

1. Arias A, Perez-Martinez I, Tenias JM, Lucendo AJ. Systematic review with meta-analysis: the incidence and prevalence of eosinophilic oesophagitis in children and adults in population-based studies. *Aliment Pharmacol Ther* 2016; 43:3–15. <https://doi.org/10.1111/apt.13441>
2. van Rhijn BD, Verheij J, Smout AJ, Bredenoord AJ. Rapidly increasing incidence of eosinophilic esophagitis in a large cohort. *Neurogastroenterol Motil* 2013; 25:47–5. <https://doi.org/10.1111/nmo.12009>
3. Warners M, de Rooij WE, Van Rhijn BD, Verheij J, Smout AJ, Bredenoord AJ. Large Increase in Incidence of Eosinophilic Esophagitis Over the Last 20 Years in the Netherlands: Results from a Nationwide Pathology Database. *Gastroenterology* 2017; 152:862–863. [https://doi.org/10.1016/S 0016-5085 \(17\) 32964-5](https://doi.org/10.1016/S 0016-5085 (17) 32964-5)
4. Noel RJ, Putnam PE, Rothenberg ME. Eosinophilic esophagitis. *N Engl J Med* 2004;351:940–1.
5. Dalby K, Nielsen RG, Kruse-Andersen S, Fenger C, Bindslev-Jensen C, Ljungberg S, Larsen K, Walsted AM, Husby S. Eosinophilic Oesophagitis in Infants and Children in the Region of Southern Denmark: A Prospective Study of Prevalence and Clinical Presentation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 51:280–2. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181d1b107>
6. Dellon ES, Hirano I. Epidemiology and Natural History of Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology*. 2018; 154(2):319–332. <https://doi.org/10.1053/j.gastro. 2017.06.06>

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ И ОПИСАНИЕ СОБСТВЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Кашин С. В.^{1,2}, к. м. н.; Видяева Н. С.², к. м. н.; Кайбышева В. О.¹, к. м. н.; Куваев Р. О., к. м. н.^{1,2}; Крайнова Е. А.²; Никонов Е. Л.¹, проф., д. м. н.
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова

ГБУЗ «Ярославская областная клиническая онкологическая больница», ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России

г. Москва, Ярославль

Последние годы изучение ЭоЭ достигло качественно-нового уровня: были проведены и закончены крупные рандомизированные контролируемые исследования, опубликованы систематические обзоры, пересмотрены ключевые пункты этиопатогенеза заболевания. На сегодняшний день ставится под сомнение связь развития ЭоЭ с конкретными антигенами, тогда как генетически обусловленное нарушение барьерной функции пищевода и предрасположенность к развитию иммунного ответа по пути активации Т-хелперов 2 типа признаны ключевыми звеньями патогенеза заболевания. Дифференциальная диагностика ЭоЭ с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью считается нецелесообразной, поскольку данное заболевание зачастую служит дополнительным фактором, усугубляющим течение эозинофильного эзофагита, а в основе терапии ЭоЭ лежит применение высоких доз ингибиторов протонной помпы. Понятие эозинофилии пищевода, разрешающейся на фоне применения ингибиторов протонной помпы признано ошибочным.

Официальные данные об эпидемиологии ЭоЭ, основанные на больших популяционных исследованиях, доступны только в США и некоторых странах Европы, где за последние 30 лет наблюдается значительный рост распространенности ЭоЭ. В России диагноз практически

не устанавливается, имеются лишь единичные публикации, описывающие нескольких больных с ЭоЭ.

Целью настоящей публикации является представление клинического случая больного с эозинофильным эзофагитом. Пациент В., 27 лет, при обращении (в октябре 2018 г) предъявлял жалобы на изжогу, затруднения при глотании твердой пищи, ощущение кома или препятствия по ходу пищевода после еды. Жалобы беспокоят около 6 месяцев, ранее не обследовался, не лечился. Из анамнеза жизни известно, что пациент родился и проживает в Ярославле, вредных привычек не имеет, страдает ожирением 2 степени, гипертонической болезнью 2 степени, 2 стадии с 23 лет, постоянно принимает периндоприл 4 мг/сут и индапамид 1,25 мг/сут. Наследственность по atopическим и онкологическим заболеваниям неотягощена.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение гиперстеническое. Рост 176 см, вес 105 кг, ИМТ 35 кг/м², температура тела 36,5°C. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД=17 в мин. Тоны сердца ясные, приглушены, акцент II тона на аорте, ЧСС=70 в мин, АД на момент исследования –110 и 70 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым

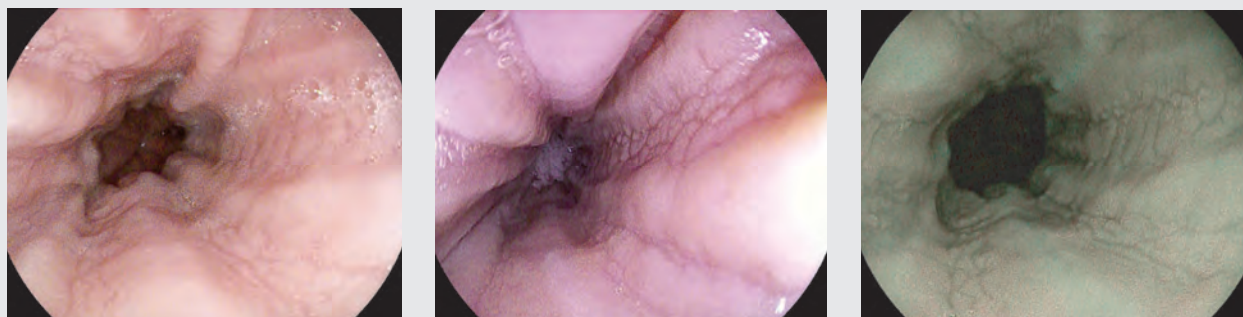


Рис. 1. Эндоскопические особенности ЭоЭ у больного В. (27 лет): отсутствие сосудистого рисунка, выраженный отек слизистой оболочки пищевода (степень 2), отсутствие фиксированных колец (степень 0), единичные очаги белого налета, покрывающие менее 10 % поверхности пищевода (степень 1), неглубокие вертикальные борозды (степень 1), отсутствие рубцовых стриктур (степень 0). E²R⁰E¹F¹S⁰.

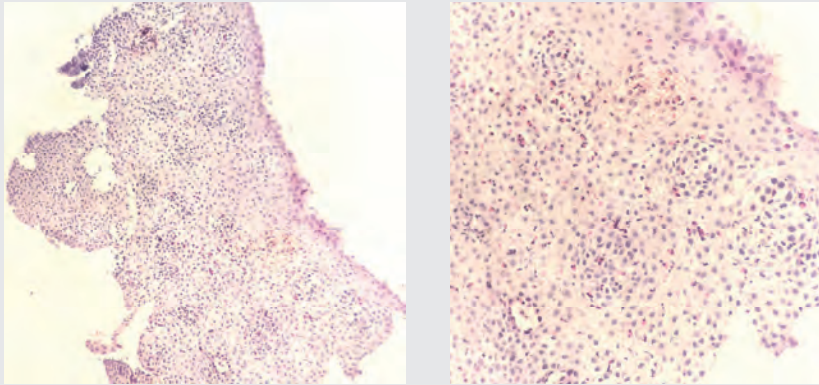


Рис. 2. Гистологическое исследование биоптата из пищевода больного В.: значительное количество эозинофильных лейкоцитов в толще многослойного плоского эпителия (более 60 в поле зрения), скопления эозинофилов в поверхностных слоях эпителия с формированием эозинофильных «микроабсцессов» (окр.гематоксилин — эозин, $\times 100$, $\times 200$).

налетом, сосочки языка выражены. Живот участвует в акте дыхания, вздут, болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень не выступает из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

По данным лабораторных исследований: в анализе кала бензидиновая проба (на скрытую кровь) отрицательна, эозинофилы не обнаружены; в клиническом анализе крови — умеренный лейкоцитоз ($10,7 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ — 9 мм/ч, в биохимическом анализе крови — без отклонений от норм. С-реактивный белок и ревматоидный фактор в пределах референсных значений.

По данным ЭГДС (Рис. 1): слизистая оболочка пищевода отечная, сосудистый рисунок не прослеживается, в проксимальном отделе визуализируются очаги белесоватого налета (кандидозный эзофагит? эозинофильные микроабсцессы?), в дистальном отделе рельеф пищевода с наличием вертикальных борозд. Проведена биопсия из проксимального и дистального отделов пищевода.

При морфологическом исследовании гистологического материала: интраэпителиальная эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки проксимального отдела пищевода (от 15 до 75 в поле зрения при увеличении $\times 400$) с формированием эозинофильных микроабсцессов, с де-

грануляцией эозинофильных лейкоцитов, сопровождающаяся отеком слизистой оболочки; пролиферация базального слоя эпителия и дискератоз. Признаков грибкового поражения не обнаружено (Рис. 2).

На основании жалоб, анамнеза, данных инструментального обследования пациенту был установлен клинический диагноз: эозинофильный эзофагит. Согласно современным принципам терапии эозинофильного эзофагита больному было назначено лечение: элиминационная диета с исключением 6 продуктов, декслансопразол 60 мг в сутки. Для оценки эффективности терапии рекомендовано проведение повторного эндоскопического обследования с биопсией через 8 недель.

Заключение

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИБКОЙ ЭНДОСКОПИИ

Королёв М. П., Федотов Л. Е., Климов А. В., Аванесян Р. Г., Спесивцев Ю. А., Оглоблин А. Л., Антипова М. В., Донияров Ш. Д., Алирзаев Р. С., Тимбакова Л. Р.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет» МЗ РФ,
кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии

г. Санкт-Петербург



■ Королёв М. П.



■ Федотов Л. Е.



■ Климов А. В.



■ Аванесян Р. Г.



■ Оглоблин А. Л.

Дивертикул Ценкера является клинко-рентгенологическим диагнозом. В современной медицине данный диагноз чаще устанавливают врачи эндоскописты, что связано с растущим количеством эндоскопических исследований при заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Причиной возникновения дивертикула Ценкера является спазм верхнего пищевода сфинктера, гипертрофия *m. constrictor pharyngis inferior* и наличие «слабого» места в области глоточно-пищеводного перехода, обусловленного анатомическим строением данной области.

Дивертикул Ценкера был обнаружен во второй половине XVIII столетия. Первое сообщение о дивертикуле Ценкера принадлежит Ludlow из Бристоль, который в своем письме Hunter'у, датированном 1764 годом, сообщает, что при вскрытии он столкнулся с «протоестественным карманом». Препарат, о котором рассказывалось в письме, хранится в Гунтеровском музее в Глазго [1, 3, 4, 6, 8, 12].

Наша клиника занимается лечением больных дивертикулумом пищевода более 30 лет. За данный период времени на лечении в клинике находилось 526 больных с дивертикулумом пищевода, у 202 имелся дивертикул Ценкера. В лечении данной группы больных в нами была использована гибкая эндоскопия. При открытых операциях использовалась интроскопическое эндоскопическое пособие. С 2008 года при лечении дивертикула Ценкера приоритетно использовались малоинвазивные способы лечения. Традиционные операции, в последние годы, применяются при осложнённых дивертикулах.

Диагностика дивертикула Ценкера складывается из нескольких методов обследования. Большую роль в диагностике играет клиническая картина и сбор анамнеза. Учитывая жалобы, можно заподозрить наличие данной патологии. Для дивертикула Ценкера характерным симптомом является

дисфагия, которая постепенно нарастает во время приема пищи. Явления нарушения прохождения пищи по пищеводу носят ремиттирующий характер [1, 4, 6, 7, 8, 10].

При подозрении на дивертикул Ценкера следует начинать диагностический поиск с рентгенологических методов обследования. Диагноз дивертикула Ценкера является клинко-рентгенологическим. При дифференциальной диагностике дисфагии и подозрении на дивертикул Ценкера имеются обязательные и дополнительные методы исследования. Таким образом, при подозрении на наличие у больного дивертикула Ценкера следует проводить диагностический поиск по следующему алгоритму:

1. Обязательные методы исследования.
 - рентгенологическое исследования шеи и грудной клетки;
 - рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка;
 - эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно — кишечного тракта;
2. Дополнительные методы исследования.
 - зумэндоскопия и хромоскопия слизистой оболочки дивертикула и пищевода;
 - биопсия слизистой оболочки дивертикула и пищевода при подозрении на злокачественный процесс;
 - измерение РН пищевода и внутрипищеводного давления;
 - ультразвуковое исследование мягких тканей шеи;
 - компьютерная томография шеи и грудной клетки;
 - магнитно-резонансная томография шеи и грудной клетки;
 - эндоскопическая ультрасонография пищевода и дивертикула для уточнения состояния крикофарингеальной мышцы.

Рентгенологический и эндоскопический методы исследования являются обязательными в диагностике дивертикула Ценкера и дают исчерпывающую информацию о расположении дивертикула, его размерах степени сдавления пищевода дивертикулумом и состоянии слизистой пищевода и дивертикула [7,8,11].

В настоящее время предпочтение отдается малоинвазивным способам лечения дивертикула Ценкера, однако в ряде случаев приходится прибегать к открытым операциям. При наличии таких осложнений как перфорация дивертикула, кровотечения из дивертикула, подозрении на рак в дивертикулуме и наличии выраженного передивер-

тикулита больным показано традиционное оперативное лечение. Применимые малоинвазивные методики лечения дивертикула Ценкера, сводятся к эндоскопическому рассечению нижней порции крикофарингеальной мышцы. При пересечении нижней порции крикофарингеальной мышцы, осуществляется воздействие на основной этиологический фактор дивертикула Ценкера. Полость дивертикула объединяется с просветом пищевода, а избыток слизистой сокращается. Малоинвазивная хирургия имеет ряд преимуществ над открытыми операциями: уменьшение операционной травмы; снижение количества возможных осложнений; эстетическое превосходство.

Литература

1. Берёзов, Ю.Е. Хирургия пищевода / Ю.Е. Берёзов, М.С. Григорьев. — М.: Медицина, 1965. — 334 с.
2. Брусиловский, Е.А. Опыт рентгенологического исследования пищевода с профилактической целью / Е.А. Брусиловский. — 1975. — № 7. — Том XLIII. — С. 42–44
3. Ванцян, Э.Н. Клиника и диагностика дивертикулумов пищевода / Э.Н. Ванцян: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — 1964. — 25 с.
4. Ванцян, Э.Н. Хирургия. Хирургическое лечение осложненных дивертикулумов пищевода / Э.Н. Ванцян, А.М. Корчак, М.М. Кебедов. — 1986. — № 4. — С. 103–107.
5. Ванцян, Э.Н. Дивертикулумы пищевода и принципы их хирургического лечения / Э.Н. Ванцян, В.И. Чисов // Грудная хирургия. — 1968. — № 4. — С. 84–93.
6. Ивашкин, В.Т. Эндоскопические операции при ценкеровском дивертикулуме / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов // Болезни пищевода. — М., 2000. — С. 162–165.
7. Сайдёнова, М.С. Дивертикулумы пищевода, клинко-эндоскопическая диагностика / М.С. Сайдёнова, Л.Н. Иншаков. — СПбМАПО, 2000. — 15 с.
8. Смирнова, Н.А. Дивертикул Ценкера: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Смирнова. — СПб., 2001. — 23 с.
9. Adam, S.I. Revision Zenker diverticulum: laser versus stapler outcomes following initial endoscopic failure / S.I. Adam, B. Paskhover, C.T. Sasaki // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. — 2013. — 122 (4): 247–53.
10. Costamagna G. Prognostic variables for the clinical success of flexible endoscopic septotomy of Zenker's diverticulum. / Costamagna G, Iacopini F, Bizzotto A, Familiari P, Tringali A, Perri V, Bella A. / Gastrointest Endosc. 2015 Sep 3. pii: S 0016–5107 (15) 02816-3.
11. Nyrop, M. Endoscopic CO2 laser therapy of Zenker's diverticulum — experience from 61 patients / M. Nyrop, F. Svendstrup, K. E. Jorgensen // Acta Otolaryngol. — 2000. — 543: 232–234.
12. Ryan Law. Zenker's Diverticulum / Ryan Law; David A. Katzka; Todd H. Baron/ Clin Gastroenterol Hepatol. 2014;12(11):1773–1782.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ СТЕНОЗАХ

Кунафина К. К., врач-эндоскопист, Зеленый А. Г., зав. отделением эндоскопии ГКП на ПХВ «Онкологический центр»
Батырбеков К. У., врач-эндоскопист АО «Научный институт травматологии и ортопедии»

г. Астана



■ Кунафина К. К.



■ Зеленый А. Г.



■ Батырбеков К. У.

Эндоскопическое стентирование полых органов на базе Онкологического центра г. Астана проводится с 2013 г. Основными показаниями для стентирования являются сужения пищевода и желудка с признаками дисфагии, для толстой кишки — признаки кишечной непроходимости, для трахеи — наличие дыхательной недостаточности. Хирургическое лечение зачастую не показано, так как дает высокую смертность, высокую частоту осложнений и длительную госпитализацию.

Материалы и методы

Стентирование активно используется у пациентов при следующих состояниях:

1. Сужение просвета пищевода, кардиоэзофагеальной зоны, выходного отдела желудка, толстой кишки и трахеи, обусловленное стенозирующим раком, инкурабельным больным с прогнозом жизни более 3 месяцев
2. Опухолевый процесс с формированием свищей
3. Сдавление просвета органов извне
4. Рецидивы опухоли в зоне анастомоза с развитием стеноза
5. Рубцовые стенозы анастомозов и стриктуры различной этиологии

Стентирование проводилось под общим наркозом, глубокой седацией или местной анестезией, в зависимости от состояния больного. Перед проведением стентирования назначался стандартный комплекс обследования для стадирования заболевания. При проведении стентирования нами были использованы саморасправляющиеся стенты фирм: Hanaro, Balton, Endoflex, Cook, Ella, Hilzo, Taewoong. Стенты изготавливают из нитинола и нержавеющей

сплавов стали с покрытием или без покрытия пластическим материалом. Для внутреннего и /или наружного покрытия используют материалы из полиуретана, полиэтилена, силикона или полиэстера.

Для предупреждения желудочно-пищеводного рефлюкса использовались стенты с антирефлюксными клапанами. При стриктуре и стенозе протяженностью более 19–20 см возможна одновременная установка двух и более стентов. Эндоскопическая установка стента проводилась без прямого рентгеноскопического контроля, так как данный метод исключает лучевую нагрузку на медперсонал. Условием безопасного применения данного метода стентирования является предварительная реканализация, бужирование или баллонная дилатация суженной части, позволяющие выполнить эндоскопический осмотр дистальной части стеноза.

Результаты

Результаты представлены в табл. 1.

Осложнения

В ближайшем периоде после установки стента боли возникают практически у 100 % пациентов, однако постоянные боли сохраняются у 20 % пациентов, зачастую зависит от производителя стентов. Наиболее интенсивные боли возникают при стентировании высоких стенозов и при использовании стентов большого диаметра.

Осложнения стентирования в виде кровотечения отмечалось у 2 пациентов (что составляет менее 1 %), перфорации и свищи у 3 пациентов (3 %), аспирационная пневмония не наблюдалась. Частота миграции непокры-

Табл. 1. Сводные данные по всем эндоскопическим стентированиям полых органов за период 2013–2018 гг.

Фирмы стентов	Рак пищевода	Кардио Эзофаге-альный рак	Эзофагеальные свищи	Рубцовые стенозы	Рецидив	Сдавление извне	Рак толстой кишки	Опухоли трахеи	Итого
Hanaro	60	23	7	11	13	12	20	4	150
Balton	30	8		4	2	3	5	3	55
Endoflex	40	7		10	5	10	4	3	79
Cook	1								1
Ella	2						1		3
Hilzo	1								1
Taewoong	8	2							10
Всего стентирований	142	40	7	25	20	25	30	10	299

тых стентов составляет менее 1 %, покрытых стентов 10 % больных и чаще всего наблюдались при стентировании пищеводно-желудочного перехода. Миграция стента устраняется путем обычной тракции стента за проксимальный конец (репозиция). Отмечены редкие случаи компрессии трахеи после стентирования при стенозах верхней трети пищевода.

К поздним осложнениям относятся эрозивное кровотечение (5 %), язвенный эзофагит (7 %), перелом или разру-

шение стента (2 %), рубцевание по проксимальному краю стента (врастание) у 5 пациентов (2 %).

Выводы

Эндоскопическое стентирование при стенозах полых органов является основным, наиболее передовым и наименее травматичным методом лечения у инкурабельных пациентов, позволяющий существенно улучшить качество жизни больного.

Литература

- Zhao XD, Cai BB, Cao RS, Shi PH. Palliative treatment for incurable malignant colorectal obstructions. A metaanalysis World Gastroenterology 2013; 19:33:5565–5574
- Chung F.T., Lin H.C., Chou C.L., et al. Airway ultraflex stenting in esophageal cancer with esophagorespiratory fistula.// Am.J.Med.Sci. 2012;344(2);105–9
- Dai Y., Li C., Xie Y., Zhang J., Zhou J., Pan X., Yang S. Interventions for dysphagia in esophageal cancer. Cochrane Database Syst. Rev.2014;10:14–16

БЕЗОАР ПИЩЕВОДА, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Май С. А., врач отделения эндоскопии
Короткевич А. Г., д. м. н., проф., НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, зав. отделением эндоскопии
Леонтьев А. С., д. м. н., проф., НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, врач отделения эндоскопии
Шестак И. С., врач отделения эндоскопии
Савостьянов И. В., врач отделения эндоскопии
ГБУЗ КО НГКБ № 29

г. Новокузнецк



■ Май С. А.



■ Короткевич А. Г.



■ Леонтьев А. С.



■ Шестак И. С.



■ Савостьянов И. В.

Актуальность

Безоар — определенный вид инородного тела, формирующегося при особых условиях питания, секреции и перистальтической активности желудочно-кишечного тракта. Формирование безоаров возможно в любых отделах ЖКТ. По данным различных авторов частота их диагностики в общей структуре инородных тел в верхнем этаже достигает 5 % случаев.

Чаще они образуются в желудке, хотя описаны случаи выявления и в разных отделах кишечника.

Длительное нахождение инородного тела в полном органе ЖКТ может приводить к осложнениям: формированию пролежней, кровотечениям и даже перфорации. Клиническая картина при инородных телах данного генеза возникает при достижении ими больших размеров и прояв-

ляется чувством дискомфорта, потерей аппетита и веса или осложнениями.

Цель исследования

Демонстрация клинического случая безоара пищевода как осложнения рефлюксной болезни с формированием «малого желудка»

Материалы и методы

Пациентка В., 73 года поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на дисфагию и боли в верхних отделах живота, в левой половине грудной клетки. Пациентка перенесла операцию фундопликации по поводу ГПОД, но через 6 месяцев после операции клиника рефлюксной болезни вернулась. С течением времени появилось снижение аппетита, появилась дисфагия при приеме твердой пищи.

При первичном эндоскопическом осмотре: зубчатая линия смещена проксимально, кардия зияет, дистальнее диафрагмального сужения определяется циркулярное сужение с продольными складками слизистой, напоминающее бандаж после формирования «малого желудка». Над ним выявлено инородное тело шаровидной формы в «малом желудочке», до 3 x 4 см, пестрое, с включениями желтого цвета. Попытки фрагментации биопсийными щипцами безуспешны. Инородное тело флотирует, obturating область сужения.

Сроки формирования инородного тела достигают 4-х лет (по данным предыдущих эндоскопических исследований).

Через 5 дней — повторная попытка механической фрагментации инородного тела пищевода безуспешна, уста-

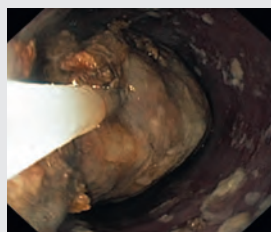
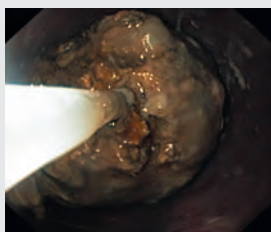


Рис. 1. Введение раствора Coca-Cola (40мл) в безоар пищевода

новлен зонд для питания.

На следующий день при эндоскопическом исследовании в безоар инъекционным способом введено 40 мл раствора «Coca-Cola» (Рис. 1).

Через 4 дня после введения раствора Coca-Cola консистенция инородного тела стала более рыхлая, выполнена фрагментация петлей и удаление безоара «трехлапчатым» зажимом (Рис. 2).

Результаты

После удаления безоара пищевода у пациентки купировались явления дисфагии, вышеописанные жалобы регрессировали.

На контрольном рентгенологическом исследовании инородных тел пищевода и желудка выявлено не было.

Выводы

1. Причиной дисфагии у пациентов с рефлюксной болезнью может быть формирование инородного тела в грыжевом мешке
2. Безоар как инородное тело может формироваться над сужениями ЖКТ на любом уровне.

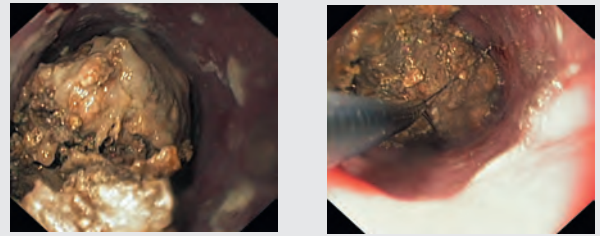


Рис. 2. Фрагментация и удаление безоара пищевода

Литературы

3. Бебуришвили А. Г., Мандриков В. В., Акинчиц А. Н., Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Учебно-методическое пособие для врачей-интернов, клиническихординаторов, хирургов и эндоскопистов. — Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2007. — 33
4. Пермская М. А., Субботин В. М., Давидов М. И., Рылов Ю. Л. «Два необычных наблюдения безоаров кишечника», «Вестник хирургии им. И. И. Грекова», т. 158 № 3, 1999год, стр.79–80.
5. Безоары желудочно-кишечного тракта Н. Н. Волобуев, Ю. А. Мошко и др.
6. Крымский терапевтический журнал 2011, № 1: 46–55
7. Iwamuro M. et al.: Pepsi-Cola for gastric bezoar treatment Am J Case Rep, 2015; 16: 445–448
8. Ladas SD, Kamberoglou D, Karamanolis G et al: Systematic review: Coca-Cola can effectively dissolve gastric phytobezoars as a first-line treatment. Aliment Pharmacol Ther, 2013; 37: 169–173

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПИЩЕВОДА

Миронов А. В., в. н. с., к. м. н., эндоскопическое отделение
Илюшников Е. О., врач-ординатор, эндоскопическое отделение
Абакумов М. М., проф., д. м. н.
Даниелян Ш. Н., в. н. с., д. м. н., отделение неотложной торакоабдоминальной хирургии
Рабаданов К. М., н. с., отделение неотложной торакоабдоминальной хирургии
Селина И. Е., в. н. с., к. м. н., отделение общей рентгенодиагностики
Квардакова О. В., врач-рентгенолог, к. м. н., НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского

г. Москва



■ Илюшников Е. О.

Актуальность

Лечение больных с инородными телами пищевода является актуальной задачей хирургии, поскольку учреждениям, оказывающим экстренную медицинскую помощь, часто приходится сталкиваться с этой проблемой — 3,2 % в структуре хирургической патологии.

Цель

Оценка эффективности диагностической и лечебной эзофагоскопии (ЭС) у пациентов с инородными телами (ИТ) пищевода.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов диагностики и лечения 1288 пациентов с подозрением на инородные тела (ИТ) пищевода в период с 2015 г. по 2018 г. Среди них было 770 женщин (59,78 %) и 518 мужчин (40,22 %) в возрасте от 15 до 94 лет. Средний возраст больных составил $53,4 \pm 18,8$ лет.

Из 1288 больных только у 632 (49,1 %) были жалобы на боль при глотании в области шеи, или за грудиной. Нарушение прохождения твердой или жидкой пищи по пищеводу отмечали 327 пациентов (25,4 %) в том числе полная непроходимость имела в 171 (13,2 %) случае. На ощущение ИТ в нижней трети шеи или за грудиной указывали 242 больных (18,8 %). Повышение температуры тела имело место в 59 случаях (4,6 %). У 26 больных жалобы отсутствовали (2 %).

Время, прошедшее с момента попадания ИТ в пищевод до проведения ЭС составило от 1 часа до 2 не-

дель, в среднем 8 ч. $\pm 2,5$ ч. В большинстве случаев 1032 (80,1 %) — ЭС была выполнена в первые 6 часов после попадания ИТ в пищевод. От 6 до 24 часов ЭС выполнена у 207 пациентов (16,1 %) и в сроки более суток у 49 больных (3,8 %).

До проведения ЭС больным выполнялись рентгеноконтрастные исследования пищевода с густой взвесью сульфата бария. При подозрении на обтурацию использовали водорастворимое контрастное вещество. Заключение о наличии ИТ было дано у 536 больного (41,7 %). В 424 случаях (32,9 %) результаты рентгенологического исследования требовали дифференциальной диагностики между ИТ и ссадинами пищевода. У 326 больных рентгенологические признаки ИТ отсутствовали (25,38 %).

Гибкая ЭС выполнена у 1204 больных по стандартной методике под местной анестезией. В 52 наблюдениях (4 %) исследование проведено под общей анестезией или внутривенной седацией в связи с беспокойным поведением пациентов, длительной экспозицией и крупными размерами инородного тела.

У 27 больных (2,1 %) при наличии противопоказаний ЭС выполнена без анестезии. В 5 случаях (0,4 %) выполнена комбинированная эзофагоскопия с помощью гибкого и ригидного эндоскопа.

При обнаружении ИТ в рабочий канал эндоскопа проводили инструменты для гибкой эндоскопии (захватывающие щипцы, петли, корзины), с помощью которых ИТ удаляли целиком или фрагментарно, либо после фрагментации ИТ самопроизвольно опускались в желудок при инсуффляции воздуха.

Результаты: При ЭС ИТ выявлены у 533 пациентов (41,4 %). В 493 (92,6 %) случаях ИТ были органического происхождения и в 39 — неорганической природы (7,4 %). В 755 случаях ИТ выявлены не были. Травматические ссадины и гематомы слизистой оболочки пищевода выявлены у 245 из этих больных. В 509 случаях (67,5 %) слизистая оболочка была не изменена. Данные рентгенологического исследования и диагностической ЭС совпали в 86,6 % наблюдений.

Наиболее частой локализацией фиксации ИТ являлась шейный отдел пищевода — 397 больной (74,5 %). У 91 пациента (17,2 %) ИТ были выявлены в грудном отделе пи-

щевода и в 44 случаях (8,3 %) — в абдоминальном отделе пищевода.

ИТ размерами до 2 см выявлены в 126 случаях (23,7 %). У 152 больных (28,6 %) размеры ИТ варьировали от 2 см до 4 см. ИТ свыше 5 см выявлены у 26 пациентов (4,9 %). Полная обтурация просвета пищевода отмечена у 171 пациента (32,2 %).

У 371 пациентов (69,6 %) ИТ были извлечены. В 110 случаях (20,6 %) ИТ самопроизвольно опустились в желудок при инсуффляции воздуха. У 52 больных (9,8 %) ИТ были частично или полностью фрагментированы и в последующем удалены. При контрольном исследовании после удаления ИТ слизистая оболочка пищевода не была изменена у 150 больных (28,1 %). Локальный отёк слизистой оболочки пищевода на уровне стояния ИТ диагностировали у 26 пациентов (4,8 %).

Эрозии на месте стояния инородного тела определяли в 162 случаях (30,4 %). Наличие травматических язв установлено у 91 больных (17,1 %). Подслизистые гематомы визуализированы в 18 случаях (3,4 %). Рубцовые структуры выявлены у 86 пациентов (16,1 %), что и послужило причиной обтурации. Перфораций стенки пищевода выявлено не было.

Заключение

Таким образом, попадание инородного тела в пищевод в 50 % случаев не сопровождается отчетливой клинической картиной, а рентгенологические данные не всегда позволяют достоверно судить о наличии ИТ в пищеводе, что свидетельствует о необходимости выполнения эзофагоскопии всем пациентам с подозрением на инородное тело пищевода.

НЕСТАНДАРТНЫЙ ПОДХОД К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ СШИВАНИЮ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕВОГО ГРУШЕВИДНОГО СИНУСА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Оглоблин А. Л., Федотов Л. Е., Таронишвили А. Д., Антипова М. В., Лучинина Д. В.
ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет МЗ РФ
Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (зав. кафедрой д. м. н. проф. Королев М. П.)

 г. Санкт-Петербург

Введение

В настоящее время эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) является рутинным методом в диагностике заболеваний пищевода, желудка и луковицы 12 перстной кишки. Не смотря на совершенствование эндоскопического оборудования, сохраняется весьма высоким риск осложнений, связанных с проведением эндоскопических диагностических исследований и операций. В зарубежной литературе приводятся следующие данные: ятрогенная перфорация пищевода при проведении диагностической ЭГДС и чреспищеводной эхокардиографии регистрируется в 0,1–0,2 % случаях [6, 9], при дилатации стриктур пищевода в 0,09 % — 2,2 % [1], при баллонной дилатации ахалазии кардии в 0,4–14 % [4, 5], а при эндоскопической резекции слизистой (EMR) в 0–3 % [10].

Bielawska В. в своей статье предполагает о дальнейшем росте количества ятрогенных перфораций по причине увеличения количества эндоскопических исследований и расширения спектра показаний для применения диагностической и лечебной эндоскопии [3]. До настоящего времени остается нерешенным вопрос о тактике ведения пациентов с ятрогенной перфорацией пищевода. Дискутируются подходы к активной хирургической тактике и консервативному лечению. Исследователи схожи в одном: клинический результат лечения зависит от хронометража и эффективности диагностических и лечебных мероприятий. Тем самым, отсутствие четко определенной стратегии само по себе может служить причиной неблагоприятных результатов. Уровень смертности после перфорации пищевода высок. Ретроспективный анализ 75 историй болезни пациентов с ятрогенной перфорацией пищевода показал, что уровень летальности в данной группе составляет 11,9 % (95 % доверительный интервал (ДИ) 9,7–14,3) со средним временем пребывания в стационаре 32,9 дня (95 % ДИ 16,9–48,9) [2]. Выработка единой тактики в диагностике и лечении пациентов с ятрогенной перфорацией пищевода, усовершенствование эндоскопических и хирургических методов лечения может существенно понизить уровень смертности и число осложнений у данной группы пациентов [13].

Цель сообщения

Представить клинический случай успешного сшивания трансмурального повреждения левого грушевидного синуса путём сочетания эндоскопического клипирования и лигирования.

Материалы и методы

Пациентка К., 66 лет, в тяжёлом состоянии доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница». Из анамнеза: за 6 часов до поступления в одном из стационаров города в плановом порядке выполнена чреспищеводная эхокардиография по поводу постоянной формы фибрилляции предсердий с целью подготовки к хирургическому лечению, во время проведения исследования больная отметила чувство нехватки воздуха, резко появившиеся боли за грудиной, при осмотре определялась эмфизема мягких тканей шеи и передней поверхности грудной клетки, манипуляция прекращена, выполнена ЭГДС в стандартном режиме — диагностирован дефект в устье пищевода, при осмотре которого определялся вход в верхнее средостение.

На уровне приёмного отделения СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» дообследована. При осмотре: состояние тяжёлое, пульс 150 ударов в минуту, аритмичный; артериальное давление 145/90 мм.рт.ст.; ЧДД 24–26/минуту, аускультативно дыхание жёсткое; пальпаторно определялась крепитация в проекции мягких тканей шеи (больше справа), в верхней трети грудной клетки спереди. Выполнены: обзорная рентгенография органов грудной клетки, шеи, по результатам которой диагностирован свободный газ в мягких тканях шеи, верхней трети грудной клетки, признаки распространённого заднего пневмомедиастинума; спиральная компьютерная томография (СКТ) шеи, грудной клетки, верхнего этажа брюшной полости с пероральным приёмом контрастного вещества (КВ) Тразограф 76 % — 40,0, разведенного 0,9 % раствором натрия хлорида в соотношении 1:1 — подтверждено наличие свободного газа в мягких тканях шеи, верхней трети грудной клетки, распространённый задний пневмомедиастинум с призна-

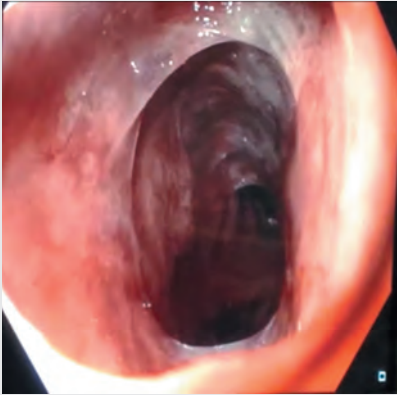


Рис. 1. Эндоскопическая фотография сформированного хода в заднем средостении слева



Рис. 2. Эндоскопическая фотография установки к краям разрыва грушевидного синуса слева эндоскопической петли «Olympus» MAJ-399 диаметром 13 мм



Рис. 3. Пришивание эндоскопической петли к краям разрыва грушевидного синуса слева клипсами HX — 610135S «Olympus»

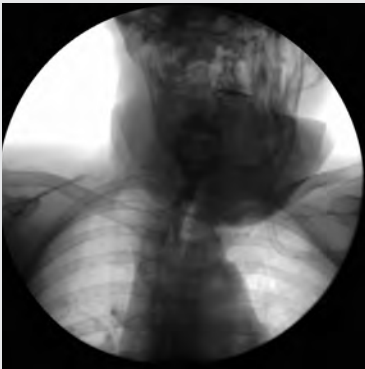


Рис. 4. Рентгенограмма (прямая проекция) глоточно-пищеводного перехода и шейного отдела пищевода на 5 сутки послеоперационного периода



Рис. 5. Рентгенограмма (боковая проекция) глоточно-пищеводного перехода и шейного отдела пищевода на 5 сутки послеоперационного периода

ками инфильтративного медиастинита, затёк КВ на уровне глоточно-пищеводного перехода в параэзофагеальные мягкие ткани с дальнейшим распространением его в заднее средостение больше слева. В общеклинических анализах: лейкоцитоз — $17 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение амилазы крови до 256 Ед/л.

Результаты

После подготовки под эндотрахеальным наркозом гастроскопом GIF-H 190 «OLYMPUS» в режиме CO₂ инсuffляции осмотрены грушевидные синусы и вход в пищевод: в левом грушевидном синусе имелся перфоративный дефект округлой формы размером 0,8x1,0 см, при ревизии дефекта выявлен раневой канал, идущий сверху вниз справа-налево в заднем средостении, дно которого располагалось на 36 см от верхних резцов (Рис. 1). В просвете раневого канала: слизь и серозно-геморрагическая жидкость в большом количестве — отмыты, полость канала промыта тёплым 0,05 % раствором хлоргексидина в объёме 1000 мл. На перфоративный

дефект грушевидного синуса наложен кисетный шов при помощи эндоскопической лигатуры фирмы «Olympus» MAJ-399 диаметром 13 мм, устройства для наложения лигатур HX-21L-1 и 4 эндоклипс HX — 610135S, края дефекта плотно сведены друг к другу (Рис. 2, 3). Манипуляция завершена установкой назогастрального зонда (10Fr) в желудок по струне-проводнику.

В послеоперационном периоде больная получала комплексное медикаментозное лечение, направленное на профилактику гнойных осложнений. На 5 сутки выполнена контрольная рентгеноскопия пищевода с водорастворимым КВ, по результатам которой акт глотания был не нарушен, пищевод свободно проходим, затёка контраста в параэзофагеальные мягкие ткани не выявлено (рис. 4, 5), больной разрешен пероральный приём пищи. Выписана на 8 сутки послеоперационного периода.

Обсуждение результатов

Признаками острой ятрогенной перфорации пищевода является наличие свободного газа или пищеводного

содержимого в параэзофагеальных тканях, плевральной полости и средостении [12], которые должны быть подтверждены при помощи СКТ, выполненной в ближайшие сроки с момента подозрения на перфорацию. Время диагностирования играет важную роль в лечении и напрямую сказывается на результате лечения [7]. Эндоскопия демонстрирует высокую чувствительность и специфичность в диагностировании ятрогенной перфорации и должна выполняться в режиме CO₂ инсуффляции для снижения риска распространения инфекции в клетчаточные пространства средостения [8]. В лечении, в настоящее время, все большее место отдаётся эндоскопическим методикам, активно обсуждаются показания к применению клипирования, стентирования и вакуум-аспирации. Нет чётких данных о промежутке времени в который можно изолированно эндоскопическим путём закрыть дефект стенки пищевода, а спустя какое время от получения травмы необходимо прибегать к дренирующим средостение операциям. У нашей больной согласно данным обследования были признаки пневмомедиастинума и распространённого заднего инфильтративного медиастинита, срок от момента перфорации до оказания специализированной медицинской помощи составил около 8 часов, что, на наш взгляд, не является противопоказанием к эндоскопическому клипированию перфоративного дефекта.

По рекомендациям европейских исследователей клипирование возможно выполнять при перфорации пищевода размером менее 10 мм, установка временного стента особенно эффективна в отношении больших перфораций пищевода, а комбинированная техника с использованием эндопелти и клипс может быть применена при атипичных локализациях перфорации, которые вызывают сложности при сведении краев дефекта клипсами [11]. Law et al. в своей работе показали, что внутрисветное лигирование дефекта успешно при небольших ятрогенных перфорациях стенок пищевода величиной до 10 мм или стенки желудка величиной до 20 мм [8]. В нашем случае мы применили комбинированную эндоскопическую методику, заключающуюся в закрытии перфоративного дефекта при помощи эндоскопических клипс и лигатуры в связи с невозможностью сведения краёв дефекта клипсами, высоким риском их несостоятельности по причине анатомо-физиологических особенностей локализации грушевидного синуса и механики глотания. Применённая методика позволила восстановить целостность органа, его проходимость, избежать открытой травматичной операции. Тщательная санация ложного хода и антибактериальная терапия в послеоперационном периоде послужили успешной профилактикой гнойного медиастинита и его осложнений.

Литература

1. Ben-Menachem T., Decker G.A., Early D.S. et al. Adverse events of upper GI endoscopy // *Gastrointest. Endosc.* — 2012. — Vol. 76.: P. 707–718.
2. Biancari F., D'Andrea V., Paone R. et al. Current treatment and outcome of esophageal perforations in adults: systematic review and meta-analysis of 75 studies // *World J. Surg.* — 2013. — Vol. 37. — P. 1051–1059.
3. Bielawska B., Day A.G., Lieberman D.A. et al. Risk factors for early colonoscopic perforation include non-gastroenterologist endoscopists: a multivariable analysis // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2014. — Vol. 12. — P. 85–92.
4. Boeckxstaens G.E., Annese V., des Varannes S.B. et al. Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy for idiopathic achalasia // *N. Engl. J. Med.* — 2011. — Vol. 364. — P. 1807–1816.
5. Campos G.M., Vittinghoff E., Rabl C. et al. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis // *Ann. Surg.* — 2009. — Vol. 249. — P. 45–57.
6. Froehlich F. et al. Appropriateness of gastrointestinal endoscopy: risk of complications // *Endoscopy.* — 1999. — Vol. 31. — P. 684–686.
7. Jin Y.J., Jeong S., Kim J.H. et al. Clinical course and proposed treatment strategy for ERCP-related duodenal perforation: a multicenter analysis // *Endoscopy.* — 2013. — Vol. 45. — P. 806–812.
8. Law R., Deters J.L., Miller C.A., Marler R.J., Baron T.H. Endoscopic band ligation for closure of GI perforations in a porcine animal model // *Gastrointest. Endosc.* — 2014. — Vol. 4. — P. 717–722.
9. Peng A., Li Y., Xiao Z. et al. Study of clinical treatment of esophageal foreign body-induced esophageal perforation with lethal complications // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* — 2012. — Vol. 269. — P. 2027–2036.
10. Pouw R.E., Seewald S., Gondrie J.J. et al. Stepwise radical endoscopic resection for eradication of Barrett's oesophagus with early neoplasia in a cohort of 169 patients // *Gut.* — 2010. — Vol. 59. — P. 1169–1177.
11. Qadeer M.A., Dumot J.A., Vargo J.J. et al. Endoscopic clips for closing esophageal perforations: case report and pooled analysis // *Gastrointest. Endosc.* — 2007. — Vol. 66. — P. 605–611.
12. Raju G.S., Saito Y., Matsuda T. et al. Endoscopic management of colonoscopic perforations (with videos) // *Gastrointest. Endosc.* — 2011. — Vol. 74. — P. 1380–1388.
13. Voermans R.P., Le Moine O., von Renteln D. Efficacy of endoscopic closure of acute perforations of the gastrointestinal tract // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2012. — Vol. 10. — P. 603–608.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ТРАКЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДИСЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ (ESD) ПО ПОВОДУ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Смирнов А.А., к.м.н., рук. отдела эндоскопии; Блинов Е.В., врач-эндоскопист; Саадулаева М.М., врач-эндоскопист; Блинова Е.В., Бураков А.Н.
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 новообразований толстой кишки с выраженным экзофитным компонентом и большой площади, в связи с тем, что по данным литературы имеет значительно меньший процент местных рецидивов по сравнению с фрагментарной резекцией слизистой. 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), осложненного анамнеза (ранее выполненные попытки удаления новообразования), выраженного интраоперационного отека при выполнении вмешательства в слепой кишке. 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 тракции удаляемого лоскута.

Материалы и методы

За период с апреля 2016 года по февраль 2019 года в нашей клинике было выполнено 412 эндоскопических диссекций в подслизистом слое во всех отделах толстой кишки. Из них:

- слепая кишка — 66 (16 %);
- восходящая кишка — 54 (13 %);
- поперечно-ободочная кишка — 45 (11 %);
- нисходящая кишка — 16 (4 %);
- сигмовидная кишка — 107 (26 %);
- прямая кишка — 124 (30 %).

Все операции начинались 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 под-

слизистого слоя и др.) использовалась методика дополнительной тракции лоскута.

При расположении новообразования в восходящей или слепой кишке, в начале операции параллельно с эндоскопом проводилась эндоскопическая петля.

Метод дополнительной тракции был применен у 126 пациентов (64 мужчин, 62 женщины, средний возраст которых составлял 61 год) с образованиями различных отделов толстой кишки узлового и LST-типа, имеющими размеры от 2 до 16 см.

Использовались видеогастроскоп Pentax EG 29i10, ЭХБ Erbe 300D, FineMedics (Ю. Корея) I-тип, Q-тип, эндоскопические клипсы Olympus и Endostars, эндоскопическая электрохирургическая петля EndoFlex.

Методика

Вариант № 1

1. тракционное устройство фиксируется как минимум в двух точках, одной из которых является край удаляемого лоскута, другой же — является точка, обеспечивающая максимальное натяжение.
2. на край удаляемого лоскута при помощи эндоскопической клипсы фиксируется хирургическая нить, при помощи натяжения которой происходит тракция.
3. на край удаляемого лоскута фиксируются эндоскопические щипцы или петля. Тракция происходит за счет подтягивания инструмента.

Вариант № 2

1. эндоскопической петлей выполняется захват части удаляемого лоскута.
2. тракция производится за счет подтягивания петли.

Результаты

Все образования были удалены методом ESD единым блоком, без осложнений. Максимальное время операции составило 480 минут, минимальное — 30 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 12 пациентов с ворсинчатыми опухолями прямой кишки (5 пациента), ректосигмоидного изгиба (2 пациент), сигмовидной кишки (4 пациента) и слепой кишки (1 пациент), что подтверждалось снижением гемоглобина в клиническом анализе крови на 1-е сутки послеоперационного периода в диапазоне от 6 до 24 г/л (в среднем на 15 г/л). Отсроченная перфорация, потребовавшая хирургического лечения была у 1 пациента с новообразованием купола слепой кишки.

Использование тракционного устройства позволяет улучшить визуализацию подслизистого слоя, формируя более тупой угол между продольной осью эндоскопа и плоскостью кишки, и за счет этого уменьшает время хирургического вмешательства и риск развития осложнений. Лучше добавить, что во всех случаях, после применения того или иного метода трaкции лоскута в тече-

нии 5 минут удалось добиться появления «острого» угла между воображаемой плоскостью диссекции и осью эндоскопа.

Выводы

1. Значительные трудности при выполнении эндоскопической диссекции в подслизистом слое по поводу эпителиальных новообразований представляет прямой или тупой «углы атаки» дистального конца эндоскопа по отношению к плоскости мышечного слоя, 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 различных методик дополнительной трaкции улучшает визуализацию и позволяет сократить время хирургического вмешательства.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ (ESD) ПО ПОВОДУ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА ЗАНИМАЮЩИХ БОЛЕЕ 75 % ОКРУЖНОСТИ

Смирнов А. А., к. м. н., рук. отдела эндоскопии
Блинов Е. В., врач-эндоскопист
Саадулаева М. М., врач-эндоскопист
Блинова Е. В.
Бураков А. Н.
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

г. Санкт-Петербург

Введение

Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) играет большую роль в лечении эпителиальных новообразований пищевода большой площади в связи с тем, что имеет значительно меньший процент местных рецидивов по сравнению с фрагментарной резекцией слизистой. Согласно рекомендациям Японской Ассоциации по лечению рака пищевода эндоскопическому лечению методом ESD могут быть подвергнуты новообразования любого размера. Однако, удаление образований, занимающих более 75 % окружности, сопряжено с высоким риском развития послеоперационной стриктуры.

Материалы и методы

За период с апреля 2016 по февраль 2019 года в нашей клинике было выполнено 74 эндоскопических диссекций в подслизистом слое по поводу эпителиальных новообразований в различных отделах пищевода, 42 из которых распространялись более, чем на 2/3 окружности.

Из них мужчин — 27, женщин — 15. Средний возраст составил 59 лет (от 34 до 78 лет). Средний размер образования — 7 см (от 4 до 11 см). 12 пациентам было выполнено циркулярное иссечение.

Операции проводились по стандартной методике эндоскопической диссекции в подслизистом слое. Использовались видеогастроскопы Pentax EG 29i10, ЭХБ Erbe 300D, электрохирургические ножи FineMedics (Ю. Корея) I-тип, G-тип, эндоскопические клипсы Olympus и EndoStars.

Методика

С целью предотвращения развития послеоперационной стриктуры начиная с первых суток после выполнения диссекции, пациенту назначались глюкокортикостероиды (преднизолон) по схеме:

Первая неделя — 30 мг
Вторая неделя — 25 мг
Третья неделя — 20 мг
Четвертая неделя — 15 мг
Пятая неделя — 10 мг

Шестая неделя — 5 мг с последующей отменой препарата.

Также проводились сеансы баллонной дилатации: с третьей по шестую неделю — 1 раз в 7 дней; с седьмой по десятую неделю — 1 раз в 14 дней.

Результаты

Все образования были удалены методом ESD единым блоком, без осложнений. Минимальное время операции — 35 минут, максимальное время операции составило 320 минут (среднее время манипуляции — 85 минут).

В послеоперационном периоде было необходимо выполнение от 1 до 10 сеансов баллонной дилатации (среднее число — 5). Пациентам с циркулярными дефектами потребовалось от 7 до 10 сеансов. Из 64 пациентов 45 получали терапию ГКС, на фоне чего потребовалось меньшее количество сеансов баллонной дилатации (в среднем на 3 сеанса).

6 пациентов кроме терапии глюкокортикостероидами дополнительного лечения не получали. При динамическом наблюдении клинически значимых сужений просвета выявлено не было.

1 пациенту потребовалось электрохирургическое рассечение рубцовой послеоперационной стриктуры в шейном отделе пищевода.

Выводы

1. Эпителиальные новообразования пищевода, занимающие более 2/3 окружности могут быть удалены эндоскопически методом подслизистой диссекции.
2. При наличии субциркулярных и циркулярных послеоперационных дефектов повышается риск возникновения рубцовых стриктур.
3. С целью лечения и профилактики развития послеоперационных стриктур целесообразно назначение ГКС и проведение сеансов баллонной дилатации.
4. При наличии непротяженной эластичной стриктуры (до 0,5 см) возможно выполнение рассечения при помощи электрохирургического ножа.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА

Смирнов А.А., к.м.н., рук. отдела эндоскопии; Блинова Е.С., врач-ординатор; Блинов Е.В., врач-эндоскопист; Кирильцева М.М., врач-эндоскопист, гастроэнтеролог; Саадулаева М.М., врач-эндоскопист
отдел эндоскопии НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

г. Санкт-Петербург

Цель работы

Оценить преимущества осмотра слизистой пищевода в режиме i-scan OE, проведения эндоскопической биопсии верхних отделов ЖКТ и выполнения манометрии высокого разрешения для диагностики эозинофильного эзофагита, оценить возможности ИПП и элиминационной диеты при лечении ЭоЭ.

Введение

Эозинофильный эзофагит является уникальной формой не-IgE-опосредованной пищевой аллергии, характеризующейся эозинофильной инфильтрацией пищевода. Распространенность ЕоЕ выросла и в настоящее время представляет собой одну из основных причин дисфагии и вклинения пищи в пищевод у детей и молодых людей.

Материалы и методы

В нашей работе было исследовано 18 пациентов с подозрением на эозинофильный эзофагит на основании клинической картины. Для диагностики выполнялась видеоэзофагогастроскопия с осмотром в режиме i-scan OE со взятием биоптатов из трех отделов пищевода (по 2 биоптата из каждого отдела), антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки с целью верификации диагноза, манометрия высокого разрешения (выполнен стандартный тест и дополнительный провокационный MRS-тест –3 эпизода). Для выполнения видеоэзофагогастроскопии использовался HD-видеогастроскоп (EG-2990Zi, Pentax).

Результаты

В ходе комплексного обследования диагноз эозинофильный эзофагит был выявлен у 6 пациентов. У данной группы пациентов ведущими были жалобы на дисфагию, при выполнении гастроскопии у троих была вы-

явлена эндоскопическая картина трахеевидного («кошачьего») пищевода, при осмотре в режиме узкого спектра наблюдалось исчезновение сосудистого рисунка слизистой пищевода. При выполнении манометрии высокого разрешения у 5 пациентов была выявлена неэффективная моторика пищевода. Гистологически определяется эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода.

Пациентам с выявленной эозинофильной инфильтрацией пищевода проводилось лечение ИПП+элиминационная диета, исключающая прием в пищу основных аллергенов. Ингибиторы протонной помпы составляют эффективную терапию первой линии у половины пациентов благодаря прямому противовоспалительному эффекту, не зависящему от его действия на секрецию желудочной кислоты. После проведенного лечения жалоб на дисфагию пациенты не предъявляют, эпизодов вклинения пищи в пищевод на фоне и после проводимого лечения не было, при повторной биопсии выявлено исчезновение эозинофильной инфильтрации стенки пищевода, визуальное разрешение стриктуры средней трети пищевода, при осмотре слизистой пищевода в режиме i-scan сосудистый рисунок сохранен.

Заключение

Эозинофильный эзофагит — сложная в диагностике группа воспалительных заболеваний пищевода. Необходима тщательная диагностика каждого случая, включающая в себя гистологическую верификацию эозинофильной инфильтрации слизистой оболочки пищевода, которая позволит выбрать оптимальную тактику лечения пациента и обязательный последующий контроль после проведенного лечения для выбора поддерживающей терапии, исключающей рецидив и дальнейшую прогрессию заболевания.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПИЩЕВОДНО- ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ

Соколов А.А., д.м.н., проф. каф. общей хирургии и лучевой диагностики ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
Артемкин Э.Н., к.м.н., зав. отделением эндоскопии с рентгеноперационной и группой анестезиологии-реанимации ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко»
Тычинская К.С., врач-хирург 21 хирургического отделения ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко»

г. Москва

По данным различных авторов частота несостоятельности пищеводно-желудочно-кишечных анастомозов составляет на достаточно высоком уровне, достигая 7–8 %, а летальность в этой группе пациентов составляет 30 %. Использование для лечения этого осложнения хирургических методов приводит к увеличению летальности с 20 до 64 % и эти цифры не имеют существенной динамики к снижению.

Помимо хирургических методов коррекции несостоятельности анастомозов, используются малоинвазивные технологии лечения, которые заключаются в эндоскопической санации затека путем её промывания растворами антисептиков, дренировании полости тонкими полимерными трубками, выведенными через носовой ход, закрытии дефекта анастомоза с помощью эндоскопических клипс различной конструкции, пломбировки внутреннего свищевого хода различными полимерными композициями, чрескожным дренированием гнойных полостей под ультразвуковым контролем, установкой покрытых металлическими саморасширяющихся стентов в зону несостоятельности анастомоза и др. Эффективность этих методов лечения не высока.

Первые сообщения об использовании нового метода лечения несостоятельности анастомозов с использованием эндоскопической вакуумной аспирационной системы относятся к 2006 году. Её эффективность сначала была подтверждена при лечении параректальных, абсцессов при несостоятельности швов анастомозов с прямой кишкой, а затем была использована при несостоятельности соустьев других отделов желудочно-кишечного тракта.

Сущность данного метода основана на создании локального отрицательного давления, которая передается на полость затека через специальную пористую губчатую систему. Отрицательное давление, создаваемое в замкнутой полости, позволяет удалять экссудат, способствует снижению отека ткани, улучшению микроциркуляции, что в свою очередь способствует развитию грануляций и заживлению раны с разобщением свищевого хода.

Публикации по клиническому применению данного метода лечения несостоятельности швов анастомозов и разрывов стенки пищевода носят единичный характер с анализом небольшого количества клинических наблюдений [1, 2, 4].



■ Соколов А. А.

■ Артемкин Э. Н.

Методика эндоскопической вакуумной терапии, которую используют на практике заключается в установке вакуумной системы, состоящей из полиуретановой губки, сформированной в виде цилиндра, с фиксированной к ней дренажной трубкой. Данная система проводится к зоне несостоятельности или в полость затека параллельно эндоскопу с помощью биопсийных щипцов, которыми захватывают губку. Дренажная трубка подсоединяется к вакуумному отсосу с разрежением 90–110 мм рт.ст. Данная процедура повторяется каждые 3–4 дня до полного закрытия полости затека и дефекта стенки органа [2, 3].

Анализ литературы и сообщений на данную тему на конференциях и семинарах показал, что неудачи использования метода вакуумной терапии несостоятельности швов анастомозов связаны с большими сложностями доставки полиуретановой губки с дренажной трубкой к зоне несостоятельности. В связи с этим, нами разработана усовершенствованная методика эндоскопической локальной вакуумной терапии при данной патологии, которая заключается в следующем. При выполнении эндоскопического исследования оценивалась полость затека в зоне несостоятельности анастомоза и устанавливали полимерный зонд в тонкую кишку для проведения энтерального питания во время всего курса лечения. Все больные, которым была применена методика, имели дренажную трубку, установленную в плевральной или брюшной полости и подведенную в полость затека. Через её наружное отверстие проводились биопсийные щипцы вместе с прочной синтетической нитью длиной 1–1,2 м. Щипцы с нитью вводили в полость затека, где ее визуализировали с помощью эндоскопа, захватывали с помощью полипэк-

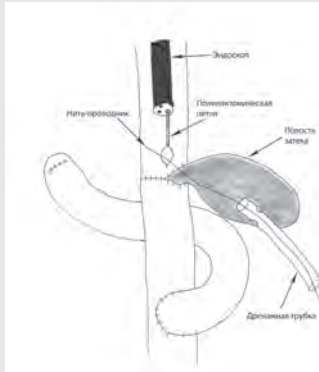


Рис. 1. Захват доставочной нити-проводника петлей

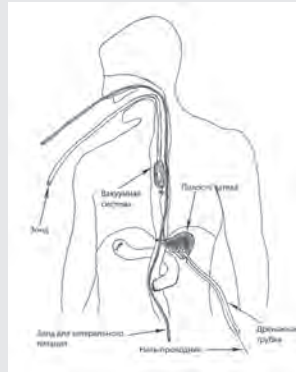


Рис. 2. Доставочная нить-проводник фиксирована к VAC-системе и проведена в пищевод

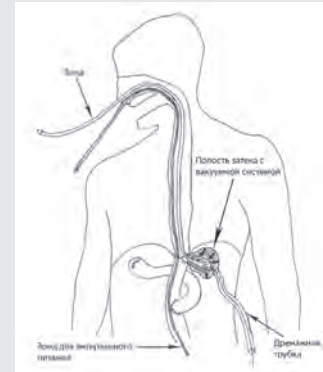


Рис. 3. Губка установлена в полость затека

томической петли и вместе с эндоскопом выводили через рот наружу (Рис. 1). К этой нити фиксировали полиуретановую губку дренажной трубкой (№ 12–14), сформированную в соответствии с размерами полости, и, натягивая нить, проводили губку через глоточное кольцо и далее в полость затека зоны несостоятельности (Рис. 2). На последнем этапе, правильность установки губки контролировали с помощью эндоскопа и рентгенологически, путем предварительного смачивания губки водорастворимым контрастом. Далее дренажная трубка проводилась через носовой ход и надежно фиксировалась (Рис. 3). К трубке подсоединяли вакуумный отсос и в режиме разряжения 100–110 мм рт. ст. Замену губки проводили через 3 суток. Более длительное нахождение губки в полости приводило к ее прорастанию нитями фибрина, что создавало большие сложности при её удалении.

Удаление губки осуществляли путем тракции за дренажную трубку, которую заранее проводили обратно в полость рта. Отработанную губку отрезали от нити-проводника, фиксировали к ней новое устройство (полиуретановую губку с дренажной трубкой). Осуществляя тракцию за нить-проводник, установленную в наружном дренаже, новое устройство проводилось аналогичным способом в полость затека с последующим эндоскопическим контролем.

Переустановка губки производилась в полость затека до полного её разобщения с плевральной или брюшной полостями. При рентгенологических признаках уменьшения полости затека до 5–10 мм, вакуумную систему под-

водили к зоне дефекта стенки органа. Вакуумная терапия прекращалась при рентгенологических и эндоскопических признаках отсутствия полости в зоне несостоятельности.

Основные преимущества нашей методики заключаются в том, что вакуумная система может доставляться в нужное место многократно, просто, под визуальным контролем, без риска развития осложнений. После отработки данной методики на процедуру требовалось 30–40 минут.

Данная методика использована нами при лечении четырех больных с несостоятельностью анастомозов после операций на верхнем отделе пищеварительного тракта. Для полного заживления полости затека и дефекта стенки органа потребовалось 5, 6, 9 и 10 сеансов замены VAC-системы. Осложнений при проведении эндоскопической локальной вакуумной терапии не было. При контрольных эндоскопических исследованиях через 3 месяца после завершения лечения на месте дефектов швов анастомозов сформировались нежная рубцовая ткань без признаков сужения органа, что нашло свое подтверждение при выполнении контрастной рентгенографии пищевода и контрольной эндоскопией.

Таким образом, первый опыт использования модифицированной методики эндоскопической локальной вакуумной терапии несостоятельности швов анастомозов позволяет считать его перспективным и гораздо более эффективным, по сравнению с классической методикой.

Литература

1. Ринчинов В. Б., Плеханов А. Н., Цыбикдоржиев Б. Д., Султумов Т. В., Гаврилова А. К. Первый опыт применения эндоскопической вакуумно-аспирационной терапии в лечении спонтанного разрыва пищевода (синдром Бурхаве). // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН — 2017 — Том 2 — № 1(113) — С. 136–140;
2. Хатьков И. Е., Шишин К. В., Недолужко И. Ю., Курушкина Н. А., Израиллов Р. Е., Васнев О. С., Поморцев Б. А., Черникова Е. Н., Павлов И. А. Эндоскопическая вакуумная терапия в лечении несостоятельности анастомозов верхних отделов пищеварительного тракта. Первый опыт и обзор литературы // Раны и раневая инфекция. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. — 2016 — Том 3 — № 1 — С. 32–41;
3. Bludau M., Hölscher A. H., Herbold T., Leers J. M., Gutschow C., Fuchs H. et al. Management of upper intestinal leaks using an endoscopic vacuum-assisted closure system (E-VAC). *Surg Endosc* 2014;28(3):896–901;
4. Krokowicz L., Borejsza-Wysocki M., Mackiewicz J., Iqbal A., Drews M. et al. 10 years of negative pressure wound therapy (NPWT): evolution of indications for its use // *Negative Pressure Wound Therapy*, 2014; 1(1): 27–32;

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКУУМНО-АСПИРАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ И ОРИГИНАЛЬНОГО УСТРОЙСТВА ЕЁ ДОСТАВКИ

Старков Ю.Г., Выборный М.И., Джантуханова С.В., Замолодчиков Р.Д., Воробьева Е.А.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

г. Москва

Введение

На сегодняшний день наиболее эффективным методом лечения рака пищевода является хирургический. Однако, не смотря на все возможности современной хирургии, сложность и травматичность проводимых операций влечет за собой ряд тяжелых осложнений. Самым частым осложнением таких операций является несостоятельность эзофагоанастомозов, что может стать причиной эмпиемы плевры, медиастинита, пищеводно-трахеальных свищей, сепсиса и летального исхода.

Материалы и методы

В период с 2015 по 2018гг на базе хирургического эндоскопического отделения было пролечено 10 пациентов с использованием вакуумно-аспирационной системы при несостоятельности анастомозов верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Средний возраст пациентов составил 55,7 лет от (48 до 70 лет). 9 пациентов были прооперированы по поводу злокачественных новообразований пищевода или желудка и 1 пациент у которого в анамнезе были многочисленные оперативные вмешательства по поводу рецидивной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Методика и техника

Вмешательства проводились под интубационным наркозом в положении пациента лежа на спине. При первичном осмотре определяли уровень анастомоза, который измеряли в сантиметрах от резцов, размеры несостоятельности. При наличии затека, по возможности проводилась ревизия полости с оценкой ее размеров. При необходимости, для определения размеров и наличия свищевого хода полость затека контрастировали водорастворимым контрастным препаратом. Для создания эндоскопической вакуумно-аспирационной системы использовали губчатую систему с открытыми сообщающимися ячейками для лечения осложненных и хронических раневых инфекций. Для установки вакуумно-аспирационной системы мы применили собственную методику. С этой целью мы используем овертьюб с внутренним полым стелетом, через который можно провести эндо-



■ Выборный М.И.

скоп. Данный овертьюб под эндоскопическим контролем устанавливается в просвет пищевода до уровня анастомоза. В дальнейшем по нему с помощью внутреннего стилета проводится вакуумно-аспирационная система и позиционируется центрально относительно зоны несостоятельности с помощью эндоскопа. Назогастральный зонд выводили через нос и подключали к активной аспирации с разрежением 100 мм рт.ст. После установки вакуумно-аспирационной системы пациенты переводились в палаты общего профиля на самостоятельном дыхании. В межоперационный период пациентам проводилась антибактериальная, инфузионная, симптоматическая терапия, а также энтеральное питание через назоинтестинальный зонд. На 3–5 сутки выполнялось удаление аспирационной системы и контрольное эндоскопическое исследование на предмет динамики уменьшения размеров дефекта и замены системы. Средняя продолжительность первичной манипуляции составляла 78 мин. У 7 пациентов система была удалена после 2 сеансов (в среднем на 9 сутки) с полным закрытием дефекта. У 3 пациентов после 5 сеансов (в среднем на 20 сутки).

Заключение

Эндоскопическая вакуумно-аспирационная терапия — новый, минимально инвазивный способ лечения несостоятельности пищеводных анастомозов различной локализации. Данная методика может успешно применяться как в гастроинтестинальной, так и в колоректальной, а также в бариатрической хирургии.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СУБЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Судовых И. Е.^{1,2}, Дробязгин Е. А.^{1,2}, Чикинев Ю. В.^{2,1}
¹ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
²ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

г. Новосибирск



■ Судовых И. Е.

Актуальность

В настоящее время диагностируется все больше случаев субэпителиальных образований (СЭО) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), отчасти, вероятно, благодаря расширению спектра и повышению чувствительности доступных методов обследования. Важная роль в первичной и уточняющей диагностике СЭО принадлежит эндоскопии. При обнаружении СЭО даже небольших размеров многие пациенты настаивают на их удалении, и малоинвазивные методы внутрисветной оперативной эндоскопии являются в таких случаях методом выбора.

Материал и методы

У пациентов с подозрением на наличие СЭО верхних отделов ЖКТ после стандартного эндоскопического исследования уточняем диагноз проведением эндоскопической ультрасонографии. Характеристики СЭО небольших размеров уточняем при радиальном сканировании зондом Olympus UMR-2R 12MHz. Полученные данные позволяют уточнить размеры и локализацию образования, предположить его генез, определить дальнейшую тактику, а при планировании оперативной эндоскопии- метод удаления СЭО.

Эндоскопически прооперирован 21 пациент с СЭО верхних отделов ЖКТ, при этом в двух случаях удаления СЭО небольших размеров при эндоскопическом осмотре области вмешательства в операционной у нас возникли сомнения в правильном понимании локализации ранее выявленных новообразований. У одного пациента СЭО размером 12мм располагалась в области пищеводно-желудочного перехода, у второго — глубоко в толще стенки верхней трети тела желудка, размером 10мм. В этих случаях качестве метода прецизионной интраоперационной навигации успешно использовали эндоскопический ультразвуковой зонд.

Полученные результаты

В обоих случаях интраоперационное выполнение эндоскопического ультразвукового исследования позволило подтвердить наличие и уточнить расположение СЭО. Расхождения с данными предоперационного обследования не было, но сглаженность рельефа стенки органа над образованием затруднило интерпретацию эндоскопической картины у этих пациентов в операционной. Оба пациента успешно прооперированы, образования удалены эндоскопически, единым блоком. При иммуногистохимическом исследовании опухоль пищеводно-желудочного перехода оказалась лейомиомой, СЭО желудка — гастроинтестинальной стромальной опухолью с низким индексом митотической активности.

Обсуждение

Несмотря на тщательное предоперационное планирование, во время операции может возникнуть затруднение визуализации СЭО при сочетании их небольшого размера, особенностей анатомической области, глубокого расположения в толще стенки органа, возможных изменений локального статуса за время, прошедшее с момента первичного обследования, а также изменения положения тела и проведения общей анестезии.

ОПЕРАТИВНАЯ ГИБКАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ДИСФАГИИ НЕЙРОМЫШЕЧНОГО ГЕНЕЗА

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

¹ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

²ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

📍 г. Новосибирск

Актуальность

Эндоскопические чреспросветные вмешательства в объеме миотомии все чаще используются при лечении пациентов, дисфагия которых обусловлена ахалазией на уровне нижнего сфинктера пищевода/кардии и при глоточно-пищеводных дивертикулах Ценкера. Ликвидация патологического мышечного спазма пересечением циркулярных волокон мышечного футляра эффективно нивелирует дисфагию у таких пациентов, а малая травматичность эндоскопического доступа повышает значимость эндоскопического лечения.

Материал и методы

Эндоскопически прооперировано 57 пациентов в возрасте от 28 до 86 лет, из них 28 пациентов с ахалазией кардии и 29 пациентов с глоточно-пищеводными дивертикулами Ценкера. В обеих группах отмечено незначительное превалирование пациентов женского пола (18/10 и 16/13 соответственно). Эзофагокардиомиотомию выполняем передним или задним доступом с туннелированием стенки пищевода и циркулярной миотомией пищевода с переходом на желудок. При дивертикулосептомиотомии используем гибкий дивертикулоскоп или сочетание дистального колпачка на эндоскопе с желудочным зондом, рассекая ножом игольчатого типа пертневидно-глоточную мышцу и дубликатуру слизистой оболочки «перегородки» между дивертикулом и просветом пищевода. Достигнутый оперативно диастаз циркулярных мышц обуславливает клиническую эффективность эндоскопического вмешательства в обеих группах пациентов.

Полученные результаты

Срок послеоперационного наблюдения пациентов достигает 32 месяцев. Клиническая эффективность эндоскопических вмешательств (Eckardt symptom score менее 3, dysphagia score 0–1) сопряжена с ликвидацией мышечного спазма и расправлением ранее суженного просвета органа до диаметра, достаточного для улучшения пассажа со-

держимого по пищеводу, что подтверждается результатами плановой рентгеноскопии с контрастом, выполняемой в различные сроки после операции, и эндоскопическим исследованием. Наиболее благоприятные функциональные результаты получены у пациентов с начальной стадией ахалазии пищевода без грубой деформации органа при сохранении им пропульсивной моторики и у пациентов с центрально расположенными дивертикулами Ценкера небольших размеров. Крупные несимметричные дивертикулы обуславливают в послеоперационном периоде вероятность частичного сохранения деформации стенки пищевода с полулунным контрастированием их дна при рентгеноскопии, несмотря на свободное поступление контраста в пищевод на первом глотке и отсутствие дисфагии. У пациентов с ахалазией пищевода сформировавшиеся в результате длительности и характера течения заболевания изменения стенки пищевода не позволяют ожидать после эндоскопической пероральной миотомии полного восстановления органа до его нативного состояния и ликвидацию сложившейся осевой девиации, но создание условий для эвакуации содержимого из пищевода приводит к стиханию воспаления слизистой оболочки пищевода, клинической эффективности, нормализации веса тела и повышению качества жизни пациентов. При развитии рефлюкс-эзофагита у таких пациентов сохраняется эффективность приема препаратов группы ингибиторов протонной помпы, следование рекомендациям по образу жизни и пищевому поведению.

Обсуждение

Эндоскопическая миотомия — эффективный и мало-травматичный метод лечения при ахалазии сфинктеров глотки и пищевода у пациентов различных возрастных групп и общего соматического состояния. При рациональном отборе пациентов оперативную эндоскопию следует считать методом выбора купирования дисфагии при глоточно-пищеводных дивертикулах и ахалазии пищевода у многих пациентов.

«СПОЛЗАЮЩИЙ» ЭЗОФАГИТ

Хихлова А. О., врач-эндоскопист
Олевская Е. Р., зав. отделением эндоскопии
Науменко О. В., врач-эндоскопист
ГБУЗ ЧОКБ

г. Челябинск

«Сползающий эзофагит» является редкой эндоскопической находкой и заслуживает большого внимания для изучения и обсуждения. На сегодняшний день тема мало освещена в отечественной литературе. В зарубежных публикациях материалы о «сползающем» эзофагите представлены клиническими случаями «sloughing esophagitis» [5], «esophagitis dissecans superficialis» [4], «exfoliative esophagitis» [12].

Диагностика основана на эндоскопической и гистологической картине. Клиническая картина неспецифична: пациенты обращаются с жалобами на дисфагию, ощущение кома в горле, кашель, тошноту, рвоту, боль и жжение в грудной клетке. Однако в некоторых случаях «сползающий» эзофагит может протекать бессимптомно и являться случайной эндоскопической находкой. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) позволяет выявить патогномичную картину, представленную отслоением поверхностных слоев слизистой оболочки в виде белесоватых, продольных пленчатых пластов, напоминающих «ленты», локализованных в средней и нижней трети, редко в верхней трети пищевода. При чем слизистая под «сползающим» слоем часто не изменена, в некоторых случаях описаны отек, гиперемия, эрозии. При выраженном отслоении пласты слизистой могут обтурировать просвет пищевода, сопровождаясь клиникой дисфагии и рвоты белесоватыми «пленками» [6,9]. Гистологическая картина достаточно специфична. Как правило, пласт многослойного плоского эпителия представлен двумя слоями. В поверхностном

слое определяется некроз, паракератоз клеток с эозинофилией, крайне редко с бактериальными или грибковыми колониями, который отделяется от неизмененного или с минимальными признаками воспаления глубжележащего базального слоя [9]. Иногда на границе двух зон наблюдается базофилия, нейтрофилия.

К причинам возникновения «сползающего» эзофагита относят побочное действие лекарственных препаратов (нестероидные противовоспалительные препараты, бифосфонаты, антидепрессанты, антикоагулянты (в частности Дабигатран), другие заболевания (пемфигус, целиакия, ахалазия кардии), состояние после склеротерапии, эндоскопического лигирования, а также употребление горячих напитков и курение [3,7,8]. Не получено достоверных данных о влиянии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на возникновение данной патологии [5,14]. Однако патогенез остается неясным. Выдвигались гипотезы о химическом, механическом, термическом воздействии на слизистую пищевода, влиянии аутоиммунных факторов, а также связь с ишемическими расстройствами [2].

Также Purdy 2012 г. выявил, что «сползающий» эзофагит чаще наблюдается у лежачих больных, в состоянии кахексии, с метастатическим раком, получающих большое количество лекарственных препаратов, иммуносупрессивную терапию и подвергшихся трансплантации. Представлено впечатляющее количество клинических случаев «сползающего» эзофагита, обусловленного приемом Дабигатрана (Прадаксы).



Рис. 1, 2. Эндоскопическая картина «сползающего» эзофагита



Рис. 3. ЭГДС контроль через 1 месяц после лечения

Табл. 1

	Пациент П., женщина 57 лет	Пациент Б., женщина 70 лет	Пациент В., женщина 59 лет
Жалобы	Ощущение кома в горле, дисфагия в течение последних 6 месяцев	Жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не предъявляет	Жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не предъявляет
Основное заболевание	Гипертоническая болезнь. Фибрилляция предсердий, персистирующая форма	Правосторонний коксартроз. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Вывих компонентов эндопротеза. Планируется оперативное лечение	Гипертоническая болезнь. Сахарный диабет 2 типа. Подагра
Прием лекарственных препаратов	Прадакса (дабигатран) 150 мг 2 раза в день в течение 10 последних месяцев	Остеогенон (бифосфонаты) в течение 3 недель	Адепресс 20 мг (антидепрессанты) ежедневно в течение 3 месяцев
Данные эзофагоскопии	Множественные продольные белесоватые пласты «сползающей» слизистой, локализующиеся в средней и нижней трети пищевода. Слизистая пищевода в верхней трети пищевода и под отслаивающимися пластами не изменена (рис. 1,2)	Продольные белесоватые «ленты» отслаивающейся слизистой в средней и нижней трети пищевода, легко снимаемые форцептом, слизистая под ними не изменена	Немногочисленные продольные белесоватые полосы слизистой в виде «пленки» в средней трети пищевода, легко снимаемые форцептом
Гистологическое исследование	Пласт многослойного плоского эпителия с поверхностными зонами деструкции с присутствием в детрите многочисленных дегенеративно измененных нейтрофилов и эозинофилов, одиночных групп кокков	Не проводилось	Пласт многослойного плоского эпителия с очаговым паракератозом и кокковой обсемененностью

В исследовании Тоуа 2016 г. у 20 % пациентов, получающих Дабигатран выявлялась характерная картина в пищеводе [14]. Авторы предполагают, что повреждающее действие на слизистую пищевода оказывает винная кислота, входящая в состав капсулы Дабигатрана [11]. Лечение «сползающего» эзофагита предполагает назначение ингибиторов протонной помпы, в случае лекарственного воздействия — отмену препарата.

«Сползающий» эзофагит нуждается в динамическом эндоскопическом наблюдении для контроля эффективности терапии, а также исключения другой патологии пищевода, которая могла быть не замечена под отслаивающимися пластами слизистой. Так Zimmer 2014 г. описал случай выявления аденокарциномы пищевода при повторном осмотре поле лечения [15].

За последние 6 месяцев в нашей клинике выявлено 3 случая «сползающего» эзофагита, обусловленного прие-

мом лекарственных препаратов (Табл. 1).

Во всех случаях пациентам отменяли лекарственные препараты, предположительно индуцирующие повреждение слизистой пищевода, назначали ингибиторы протонной помпы (Омепразол) 40 мг в день. При повторном обращении через 1 месяц пациенты жалоб не предъявляли, на ЭГДС патологии в пищеводе не выявлено (рис. 3).

Заключение

«Сползающий» эзофагит — редкая патология, в клинической практике с которой может столкнуться врач любой специальности. Несмотря на доброкачественное течение, он может проявляться выраженной клинической симптоматикой. Диагностика основана на эндоскопической картине, которую важно уметь дифференцировать с другими состояниями.

Литература

1. Carmack SW, Vemulapalli R, Spechler SJ, Genta RM (2009) Esophagitis dissecans superficialis (sloughing esophagitis): a clinicopathologic study of 12 cases. *Am J Surg Pathol* 33(12): 1789–1794.
2. Purdy JK, Appelman HD, McKenna BJ (2012) Sloughing esophagitis is associated with chronic debilitation and medications that injure the esophageal mucosa. *Mod Pathol* 25(5): 767–775.
3. Albert, D.M., M.R. Ally & F.J. Moawad, 2013. The sloughing esophagus: a report of five cases. *Am. Gastroenterol.* 108:1816–1817.

4. Brownschidle SS, Ganguly EK, Wilcox RL. Identification of esophagitis dissecans superficialis by endoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;12(9): e79–80. doi: 10.1016/j.cgh.2014.02.030.
5. Akhondi H. Sloughing esophagitis: A not so common entity (2014). *Int J Biomed Sci.* 2014;10(4):282–6.
6. Costa Santos V, Filipa Ávila, Paulo Massinha, Nuno Nunes, Ana Catarina Rego, et al. (2015) Sloughing Esophagitis: A Rare Cause of Dysphagia. *GE Portuguese Journal of Gastroenterology* 22(1): 37–38.
7. Oh SJ, Lee SE, Kim SC. Esophagitis dissecans superficialis associated with pemphigus vulgaris. *J Dermatol* 2016; 43:215–6.
8. Hage-Nassar G, Rotterdam H, Frank D, Green PH. Esophagitis dissecans superficialis associated with celiac disease. *Gastrointest Endosc* 2003; 57:140–141.
9. Moawad FJ, Appleman HD. Sloughing esophagitis: a spectacular histologic and endoscopic disease without a uniform clinical correlation. *Ann N Y Acad Sci.* 2016;1380:178–82
10. Shah, Saloni A et al. "Sloughing Esophagitis: An Atypical Cause of Food Impaction" *ACG case reports journal* vol. 3,4 e85. 27 Jul. 2016. doi:10.14309/crj.2016.58
11. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139–51.
12. Okada M, Okada K. Exfoliative esophagitis and esophageal ulcer induced by dabigatran. *Endoscopy* 2012;44: E 23–4.
13. Ootani A, Hayashi Y, Miyagi Y. Dabigatran-induced esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014;12: e55–6.
14. Toya Y, Nakamura S, Tomita K, et al. Dabigatran-induced esophagitis: the prevalence and endoscopic characteristics. *J Gastroenterol Hepatol* 31: 610–614, 2016.
15. Zimmer V, Casper M, Lammert F. Extensive dabigatran-induced exfoliative esophagitis harboring squamous cell carcinoma. *Endoscopy* 2014; 46: E 273–4.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭЗОФАГОДИВЕРТИКУЛОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ

Шаповалов А. В., Богданов А. П., Терещенко С. Г., Кригер П. А., Шабаров В. Л., Прищепо М. И., Черногорова Е. В., Машичев А. П.
1-е хирургическое отделение, эндоскопическое отделение, рентгенологическое отделение
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

г. Москва

Введение

Глоточно-пищеводный дивертикул это выпячивание слизистой задней стенки пищевода, которое располагается на границе пищевода и глотки в треугольнике Киллиана. Анатомически эта область ограничена косыми мышцами нижнего констриктора глотки и поперечным пучком крикофарингеальной мышцы. Крикофарингеальная мышца, действуя как сфинктер, образует первое сужение пищевода. Механизм образования дивертикула связан, по видимому, с повышением давления в этой в гипофарингеальной области с области, так и нарушением координационных движений ротоглотки в фазу глотания у лиц пожилого возраста.

Условиях хирургического отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. Владимирского всего выполнено 6 операций в объеме эндоскопической эзофагодивертикулотомии пациентам с дивертикулом Ценкера. Все пациенты поступили в отделение в жалобами на дисфагию разной степени выраженности. Возраст пациентов варьировал от 62 до 77 лет. Учитывая этап освоения методики эндоскопической эзофагодивертикулотомии мы оперировали дивертикулы средних размеров — до 5 см в диаметре. Всем больным на дооперационном этапе проводилась рентгенография пищевода с контрастом. При наличии признаков дивертикулита проводилось консервативное терапия до устранения осложнений течения основного заболевания.

Результат лечения

В предоперационном этапе (30–60 мин) проводилась внутривенная антибиотикопрофилактика. Все оперативные вмешательства производились в операционной под эндотрахеальным наркозом при постоянной инсуффляции CO₂. Эндоскопическая эзофагодивертикулотомия выполнялась эндоскопом фирмы Olympus GIF — H185 диаметром 9.2 мм с прозрачным колпачком для диссекции. Использовались ножи Finemedix Q-тип, инъектор, эндоскопические клипсы Endostars.

Операции проводились по стандартному протоколу. Этапы операции соответствовали стандартному протоко-

лу. В области складки между дивертикулом и пищеводом с помощью эндоскопической иглы производился введение в подслизистый слой физ. раствора 0,9 %. С помощью эндоскопического ножа проводился линейный разрез в месте прилегания нижней порции крикофарингеальной мышцы. Затем выполнялась поперечное рассечение мышечных волокон до дна дивертикула. Пересечение мышечных волокон приводило к увеличению устья дивертикула. С помощью эндоскопическим клипс производилось закрытие дефекта слизистой. Средняя время оперативного вмешательства варьировало от 40–80 минут. Интраоперационных осложнений, повлиявших на изменение лечебной тактики, не отмечено. Подкожной эмфиземы на шее и лице не наблюдалось. В день операции все пациенты после экстубации были переведены в хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде всем пациента назначаются: антибиотики, и ингибиторы протонной помпы. Спустя сутки после операции выполняли контрольное рентген-контрастное исследование: во всех случаях отсутствовало затекание контрастного вещества за пределы просвета пищевода. На вторые сутки после операции пациенту разрешается пить воду, с третьих суток разрешается прием жидкой пищи с постепенным расширением рациона. При выписке пациенты отмечали удовлетворительное прохождение пищи по пищеводу.

Выводы

Первые результаты эндоскопической эзофагодивертикулотомии при дивертикуле Ценкера очень обнадеживают. Эндоскопическая методика, в отличие от традиционной, обладает рядом положительных качеств — это и малая травматичность оперативного вмешательства, ранняя реабилитация пациентов и отсутствие косметического дефекта на коже. Данный метод лечения можно рекомендовать ослабленным и пожилым пациентам с сопутствующей патологией. Увеличение прооперированных больных позволит включить в критерий отбора пациентов с дивертикулами Ценкера большего размера.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ (ПОЭМ) В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ В ГБУЗ МО МОНИКИ ИМ. ВЛАДИМИРСКОГО

Шаповалов А. В., Богданов А. П., Терещенко С. Г., Кригер П. А., Шабаров В. Л., Прищепо М. И., Черногорова Е. В., Машичев А. П.
1-е хирургическое отделение, эндоскопическое отделение, рентгенологическое отделение
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

г. Москва

Введение

В отделение хирургического отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. Владимирского четырем пациентам с ахалазией кардии выполнена пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ). Возраст пациентов колебался от 33 до 46 лет (2 женщины и 2 мужчин). Все пациенты поступили в клинику с уже установленным по результатам рентгеноскопии и эндоскопического исследования пищевода и желудка диагнозом. Для определения стадии ахалазии применяли классификацию Петровского (1962). Диагноз ахалазия кардии 3 ст. был установлен у трех пациентов, 2 стадия — одному пациенту. Трем пациентам на предоперационном этапе проводилась манометрия высокого разрешения. По данным манометрии был поставлен диагноз ахалазия 2 типа по Чикагской классификации (2014). В предоперационном периоде выраженность жалоб пациентов оценивалась по шкале Eckardt и составляла от 5–8 баллов.

Результаты лечения

С целью подготовки к операции всем больным производилось промывание пищевода с помощью назогастрального зонда. За 30–60 мин проводилась внутривенная антибиотикопрофилактика.

ПОЭМ выполнялась эндоскопом фирмы Olympus GIF — N185 диаметром 9,2 мм с прозрачным колпачком для диссекции. Использовались ножи Finemedix Q-тип, щипцы для горячей биопсии, эндоскопические клипсы Endostars.

Этапы операции соответствовали стандартному протоколу. В средней трети пищевода по задней стенке, с помощью эндоскопической иглы производиться введение в подслизистый слой физ. раствора 0,9 % с индигокармином. В месте инъекции производился линейный разрез слизистой. Затем, с методом диссекции, создается туннель в подслизистом слое пищевода с переходом на верхнюю треть желудка. Общая длина туннеля составляет около 15–16 см. После создания туннеля начинается этап миотомии. Средняя протяженность миотомии составляет

13–14 см. После тщательного гемостаза разрез в средней трети пищевода закрывается эндоскопическими клипсами. Среднее время оперативного вмешательства варьировало от 110 до 250 минут.

Спустя сутки после операции выполняли контрольное рентген-контрастное исследование: во всех случаях отсутствовало затекание контрастного вещества за пределы просвета пищевода и отмечено свободное поступление контраста в желудок. На вторые сутки после операции пациенту разрешается пить воду, с третьих суток разрешается прием жидкой пищи с постепенным расширением рациона. При выписке пациенты отмечали удовлетворительное прохождение пищи по пищеводу.

Выводы

Результаты пероральной эндоскопической миотомии при ахалазии кардии подтверждает, что метод является эффективным, безопасным и малотравматичным для пациента. Повышение числа прооперированных больных позволит дать комплексную оценку как ранних так и отдаленных результатов лечения. При традиционной лапароскопической операции Геллера проведение миотомии во всех случаях сопровождается разрушением естественных анатомических структур, обеспечивающих антирефлюксный механизм кардии. В связи с этим, для укрепления участка миотомии, профилактики рестеноза и предотвращения рефлюкса как правило операция дополняется фундопликацией по Дору. В связи с эндоскопическим вариантом операции фундопликация не проводится, но и не страдает связочный аппарат кардии. А кроме того, при ахалазии отсутствует один из основных механизмов рефлюкса, а именно смещение пищеводно-желудочного перехода выше диафрагмы. В связи с этим тезис о риске возрастания рефлюкса не представляется возможным принимать на веру. Для уточнения данного положения проводится исследование наличия рефлюкса до и после вмешательства в отдаленном периоде.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИДОВ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Шестак И. С., врач отделения эндоскопии, ГБУЗ КО НГКБ № 29
Короткевич А. Г., д. м. н., проф., НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, зав. отделением эндоскопии, ГБУЗ КО НГКБ № 29
Леонтьев А. С., д. м. н., проф., НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, врач отделения эндоскопии, ГБУЗ КО НГКБ № 29
Маринич Я. Я., к. м. н., зав. отделением эндоскопии, ГБУЗ КО НГКБ № 22
Май С. А., врач отделения эндоскопии, ГБУЗ КО НГКБ № 29

г. Новокузнецк



■ Шестак И. С.



■ Короткевич А. Г.



■ Леонтьев А. С.



■ Маринич Я. Я.



■ Май С. А.

Актуальность

Летальность при варикозных кровотечениях из верхних отделов ЖКТ в России может достигать 80 %, несмотря на разработанные национальные и международные рекомендации и имеющиеся методики лечения. Баллонная тампонада по-прежнему остается основным методом гемостаза, вопреки вариательной эффективности (50–90 %), риску развития тяжелых осложнений, выраженному дискомфорту у пациентов.

Цель: сравнить эффективность видов гемостаза у пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы

Проанализированы медицинские карты 98 пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, проходивших лечение в стационарах г. Новокузнецка в 2011–2018 гг. Мужчин — 61 (62 %), женщин — 37 (38 %). Средний возраст пациентов составил $51,8 \pm 12,4$ лет. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) выполнялась в среднем через $1,2 \pm 0,3$ ч от момента поступления эндоскопами Olympus, Karl Storz и Fujinon с инструментальным каналом 2,8 мм. При ЭГДС оценивалось наличие варикозно расширенных вен пищевода и желудка, степень их расширения, протяженность, активность кровотечения, возможное наличие стигмат и других источников. Первичный инфилтративный гемостаз подслизистым паравазальным введением 5 % раствора аминокaproновой кислоты или 1 % раствора перекиси

водорода выполнен 52 (53 %) пациентам. Интравазальная склеротерапия микропенной 3 % раствора этоксисклерола в качестве первичного эндоскопического гемостаза выполнена 15 (15,3 %) пациентам. Зонд-обтуратор устанавливался 31 (31,7 %) пациенту. Группы пациентов сопоставимы по полу, возрасту, активности кровотечения и тяжести печеночной недостаточности по шкале Чайлд-



Рис. 1. Сравнение Эффективности разных видов гемостаза у пациентов с варикозными кровотечениями

Пью. Вазоактивные препараты не применялись. Выполнили сравнение частоты рецидивов и летальности во всех группах. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы IBM SPSS Statistics Version 19 с использованием критерия χ^2 . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты

У пациентов, которым выполнялся первичный эндоскопический инфильтрационный гемостаз, рецидив возник в 14 (26,9 %) случаях, скончалось 24 (46,2 %) пациентов. У пациентов, которым в качестве первичного эндоскопического гемостаза проводилась интравазальная склеротерпия микропенной 3 % раствора этоксисклерола, рецидив возник в 1 (6,7 %) случае, скончалось 5 (33,3 %) пациентов. У пациентов, которым устанавливали зонд-обтуратор, рецидив после установки зонда возник в 4 (12,9 %) случаях, у 18 (58 %) пациентов на момент смерти были раздуты баллоны зонда, что также расценивалось нами как неэффективность метода, и эти показатели

были объединены (70,9 %), скончалось 24 (77,4 %) пациента. Сравнение эффективности разных методов гемостаза представлено на Рис 1.

Получены статистически значимые различия в пользу первичного эндоскопического гемостаза и по частоте рецидивов, и по летальности ($p=0,0002$, $p=0,0105$ соответственно). Статистически значимых различий по первичной эффективности остановки кровотечения между инфильтрационным гемостазом и интравазальной склеротерапией не получено.

Выводы

1. Первичный эндоскопический гемостаз на высоте кровотечения независимо от методики достоверно более эффективен по сравнению с использованием зонда-обтуратора у пациентов с варикозными кровотечениями

2. Не получено статистически значимых различий в эффективности первичного эндоскопического инфильтрационного гемостаза и интравазальной склеротерапии микропенной 3 % раствора этоксисклерола в качестве метода первичного гемостаза.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF ZENKER DIVERTICULUM

To Prof. Sauid Ishaq
Consultant Gastroenterologist Dudley Group of Hospitals, Dudley UK

 **Dudley UK**



■ **Sauid Ishaq**

Zenker's diverticulum (ZD), or pharyngeal pouch, is an anatomical defect characterized by herniation of the posterior pharyngeal wall through Killian's dehiscence, and may result in dysphagia and regurgitation. Multiple therapeutic modalities including surgery, rigid and flexible endoscopy have been developed to manage ZD. Although surgical management with open and endoscopically assisted techniques have historically been the mainstay of ZD treatment, minimally invasive flexible endoscopic techniques,

carried out under conscious sedation, are increasingly favored. Over the last two decades, the advent of new accessories and techniques have changed the landscape of endotherapy for ZD, with the current armamentarium including, but not limited to, endoscopic stapling, CO2 laser, argon plasma coagulation, needle knife, bipolar forceps, hook knife, clutch cutter, stag beetle knife, and submucosal tunneling endoscopic septum division. I will share my experience and the latest evidence of to endoscopic management of ZD.



ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ

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

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

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

ОТДЕЛЕНИЕ РАСПОЛАГАЕТ ВСЕМИ ДОСТУПНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

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

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

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

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

ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

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



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ЖЕЛУДОК

10-я Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ



ВИДЕОЭНДСКОПИЧЕСКАЯ СИСТЕМА HUGER 2600S



Система класса HD, доступная широкому кругу пользователей. Представляет собой диагностический комплекс, предназначенный для широкого спектра эндоскопических исследований, с возможностью подробного документирования данных. Обладает множеством функций, помогающих значительно упростить и облегчить работу врача.

Особенности системы:

Высокотехнологичная замена морально устаревших фиброэндоскопов

HD-изображение высокой четкости – совместимые видеоэндоскопы оснащены CMOS-матрицей.

Светодиодный источник света

Функция шумоподавления

Функция стоп-кадра

Возможность записи фото и видео на внешний носитель

Интуитивно понятный интерфейс

Настройка баланса белого одной кнопкой

Регулировка уровня освещённости

Регулировка цвета красный/синий/зелёный

Регулировка насыщенности цветов

Регулировка яркости

Эргономичная рукоятка с кнопками управления фото- и видеозаписи

Отзывчивая управляемость

Качественные комплектующие европейских производителей



Базовая комплектация

Видеопроцессор VEP-2600S / Источник света SLS-2100P / Монитор 21" / Стойка видеоэндоскопическая с держателем для двух эндоскопов



Официальный дилер в России
121108, Москва, ул. Ивана Франко, 4, к.1
+7 (495) 120-77-00
delrus@delrus.ru
www.delrus.ru

РУ ФСЗ 2010/08606 от 13.12.2010

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФИЛЬТРАЦИОННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА 1 % РАСТВОРОМ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА

ПРИ НЕВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Аникина М. С.¹, Швамм И. А.¹, Дробязгин Е. А.^{1,2}, Чикинев Ю. В.^{1,2}, Судовых И. Е.¹
¹ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
²ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

г. Новосибирск

В настоящее время эндоскопия обладает целым рядом методов гемостаза при неварикозных кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, различных по своей эффективности, надежности, безопасности и стоимости. Вместе с тем, вопросы их совершенствования остаются актуальной задачей неотложной хирургии.

С 2014 по 2017 г. в эндоскопическом отделении ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» выполнено 221 эзофагогастродуоденоскопий с эндоскопическим гемостазом по поводу неварикозных кровотечений у 146 больных. Большую часть пациентов составили мужчины — 98 (64,5 %), женщин было 48 (35,5 %). Возраст варьировал от 2 до 88 лет, мода составила 78 лет. Показаниями для проведения эзофагогастродуоденоскопии послужило наличие клиники кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта или подозрение на его рецидив. Эндоскопический гемостаз был проведен во всех случаях выявления источника с признаками продолжающегося кровотечения или нестабильного гемостаза.

Эзофагогастродуоденоскопия проводилась среднекалиберными видео- и фиброгастроскопами OLYMPUS. Предпочтение отдавалось методам инфильтрационного гемостаза — 201 (91 %), из которых в 194 (87,8 %) случаях использовался раствор перекиси водорода 1 %, и в 7 (3,2 %) — раствор этанола 50 %. Инфильтрационный гемостаз был методом первой линии во всех случаях. Апликационный метод с использованием полисахаридной системы EndoClot был применен у 7 (3,2 %) больных, эндоклипирование проводилось у 5 (2,3 %), электрокоагуляция и аргоноплазменная коагуляция — по 1 (0,9 %) случаю. На наш взгляд, использование метода инфильтрационного гемостаза раствором перекиси водорода 1 % обладает рядом преимуществ, среди которых образование выраженного инфильтрационного валика, сохраняющегося в течение 72 часов, возможность неоднократного введения больших объемов раствора в подслизистый слой, отсутствие альтерации слизистой в зоне введения, удобство использования в условиях приемного покоя и отделений интенсивной терапии, а так же низкая себестоимость. Безопасность метода была доказана рядом исследований, существуют методические рекомендации по его применению в клинической практике.

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки являлись источниками кровотечения у 78 (53,4 %) пациентов. При этом язвы желудка были у 47 (32,2 %), двенадцатиперстной кишки — у 28 (19,2 %), а гастроэнтероанастомоза — у 3 (2 %) больных. Кровотечения из гастродуоденальных язв оценивались по Forrest: Ia 3 (3,8 %) случая, Ib 9 (11,6 %), IIa 11 (14,2 %), IIb 52 (66,6 %), IIc 3 (3,8 %) от общего количества язв. Синдром Мэллори-Вэйсса был следующей по частоте причиной кровотечения — 35 (23,9 %). Рисунок 1: синдром Мэллори-Вэйсса. Рисунок 2: вид дефекта слизистой после введения 3 мл раствора перекиси водорода 1 %. Эрозии пищевода были источником кровотечения у 9 (6,4 %) пациентов, эрозивно-геморрагическая гастропатия — у 8 (4,8 %). Рак желудка, осложненный кровотечением, был выявлен в 5 (3,5 %) случаях, а доброкачественное полиповидное эпителиальное образование — у 2 (1,6 %). Рисунок 3: кровотечение из аденокарциномы



Рис. 1

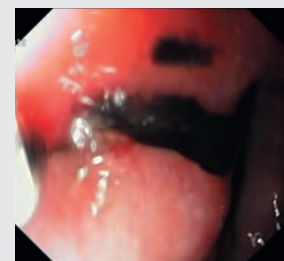


Рис. 2

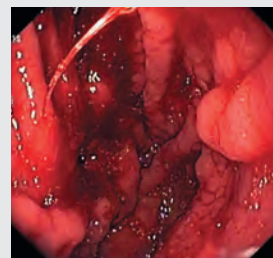


Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5

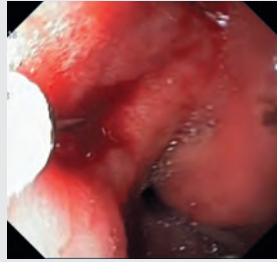


Рис. 6



Рис. 7

(язвенная форма, тип 1 по Парижской классификации) антрального отдела желудка. Рисунок 4: вид новообразования после введения 6 мл раствора перекиси водорода 1 %. Рисунок 5: вид образования через 48 часов.

Патология панкреатобилиарной зоны (рак головки поджелудочной железы с поражением стенки двенадцатиперстной кишки, новообразование большого дуоденального сосочка, холедоходуоденоанастомоз, состояние после папилосфинктеротомии и литозэкстракции) были причиной кровотечения у 5 (3,5 %) пациентов. Сосудистые мальформации были выявлены у 3 (2,1 %) больных, из которых приобретенная ангиодисплазия встретилась дважды, и синдром Дъелафуа был у 1 пациента. Так же однократно источником кровотечения было признано осаднение пищевода (0,8 %).

Всем пациентам после проведенного эндоскопического гемостаза выполнялась контрольная эзофагогастро-дуоденоскопия через 4–12 часов. При контрольном эндоскопическом исследовании проведение повторного гемостаза потребовалось у 33 (22,6 %) пациентов, из которых у 11 (7,5 %) развилось рецидивное кровотечение,

а у 22 (15 %) имелись признаки нестабильного гемостаза. К признакам нестабильного гемостаза относили фиксированные вишневые сгустки над любым источником кровотечения или тромбированный сосуд в дне язвы. В качестве метода второй линии были использованы: полисахаридная система EndoClot у 2 (1,4 %) пациентов с раком желудка, клипирование у 2 (1,4 %) пациентов с язвами луковицы двенадцатиперстной кишки, сочетание электроэксцизии и инфильтрационного гемостаза 1 % раствором перекиси водорода у 1 (0,7 %) пациента с кровотечением из полиповидного эпителиального образования желудка. В остальных случаях использовался инфильтрационный гемостаз раствором перекиси водорода 1 %. Источниками кровотечений у данной группы пациентов были: у 16 язвы желудка, у 6 язвы луковицы двенадцатиперстной кишки и синдром Мэллори-Вэйсса у 6 больных, эрозивный эзофагит, рак желудка, язва гастроэнтероанастомоза — по 1 наблюдению. Рисунок 6: рецидивное кровотечение из язвы передней стенки антрального отдела желудка Forrest Ib у пациента с НПВС-ассоциированной гастропатией. Рисунок 7: вид антрального отдела желудка после повторного гемостаза раствором перекиси водорода 1 %. Остановить неварикозные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта консервативно удалось в 138 (92,7 %) случаях. При этом необходимость проведения эндоскопического гемостаза возникла дважды у 6 (4,1 %), трижды у 4 (2,7 %) пациентов. У 2 (1,4 %) больных с высоким оперативно-анестезиологическим риском (оба пациента онкогематологического профиля) повторный эндоскопический гемостаз был проведен 8 раз, оба случая окончились летально, что обусловлено исходом основного заболевания.

Оперативное лечение было проведено 6 (4,1 %) больным. Источниками кровотечения в данной группе пациентов послужили язвы желудка в 3 (2 %) случаях, рак желудка, холедоходуоденоанастомоз, новообразование головки поджелудочной железы с вовлечением стенки двенадцатиперстной кишки — по 1(0,7 %).

Выводы

Методы эндоскопического гемостаза, имеющиеся в арсенале врача-эндоскописта, отличаются многообразием. Выбор метода во многом зависит от оснащенности и опыта клиники. Инфильтрационный гемостаз 1 % раствором перекиси водорода эффективен в большинстве случаев неварикозных кровотечений, безопасен, отличается низкой себестоимостью и является действенной альтернативой другим методам эндоскопического гемостаза.

ЭНДОУЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА

Борсук А. Д., зав. эндоскопическим отделением
Бредихина Е. В., врач-эндоскопист
Гавриленко Т. Е., врач-гастроэнтеролог Центра превентивной гастроэнтерологии
ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель

Выявление и лечение предраковых изменений слизистой оболочки (СО) желудка и раннего рака желудка (РРЖ) является одной из приоритетных задач современной эндоскопии. Рак желудка (РЖ) занимает высокие позиции (3–4-е место) в структуре онкологической заболеваемости в Республике Беларусь. Диагностика РЖ на ранней стадии позволяет своевременно провести адекватное лечение.

РРЖ и предраковые изменения — это поверхностные эпителиальные образования, ограниченные СО и подслизистым слоем стенки желудка. «Золотым стандартом» в обнаружении неоплазий является эндоскопическое исследование. В последнее десятилетие, благодаря применению эндоскопических систем высокого разрешения, значительно улучшилось качество изображения, что позволило четко визуализировать микроструктуру СО и поверхностной сосудистой сети. Это дало возможность чаще выявлять ранние неоплазии и выполнять прицельную биопсию для их морфологической верификации. Однако стандартная эндоскопия в белом свете, даже с увеличением и высокой четкости, не позволяет определить глубину инвазии неоплазий. Последнее обстоятельство играет решающее значение в выборе вида и объема оперативного вмешательства — эндоскопического (резекции СО с диссекцией в подслизистом слое) или хирургического. Прогресс в уточняющей диагностике ранних неоплазий желудка связан, прежде всего, с внедрением в клиническую практику такого метода исследования, как эндоскопическая ультрасонография (ЭУС).

Целью нашего исследования было оценить возможности ЭУС в определении типа неоплазии, ее распространенности и глубины инвазии, вовлечения в процесс регионарных лимфатических узлов.

Всего в исследование были включены 16 пациентов, из них 9 — мужчин (56,25 %) и 7 — женщин (43,75 %). Возраст пациентов варьировал от 56 до 74 лет (средний возраст составил 62,7 года). Все пациенты имели эндоскопически установленный РРЖ, подтвержденный морфологически. Исследование проводилось с использованием ультразвукового сканера HITACHI NOBLUS, эхоэндоскопа PENTAX с радиальным датчиком и частотой



■ Борсук А. Д.

■ Бредихина Е. В.

сканирования 7,5–10 МГц, ирригационной помпы для заполнения желудка водой.

Наблюдалась следующая локализация поражений: кардиальный отдел — 1 (6,25 %), верхняя треть тела — 3 (18,75 %), средняя треть — 3 (18,75 %), нижняя треть — 5 (31,25 %), антральный отдел — 4 (25 %).

По типам, согласно Парижской классификации (2002), поражения распределились следующим образом: выступающий тип на широком основании (0-Is) — 3 случая (18,75 %), выступающий тип на ножке (0-Ip) — 2 случая (12,5 %), поверхностный приподнятый тип (0-IIa) — 3 случая (18,75 %), углубленный тип (0-IIc) — 2 случая (12,5 %), приподнято-углубленный тип (0-IIa+IIc) — 4 случая (25,0 %), изъязвленный тип (0-III) — 2 случая (12,5 %).

Стенка желудка при выполнении ЭУС определялась в виде пятислойной линейной структуры. Эхоэмиотика позволила получить единые признаки неоплазий: гипохогенные образования, исходящие из СО с различной глубиной инвазии. В 8 случаях (50,0 %) инвазия ограничивалась слизистым слоем, в 6 случаях (37,5 %) наблюдалась инвазия в подслизистый слой, в 2 случаях (12,5 %) с изъязвленным типом неоплазий наблюдалась инвазия за пределы подслизистого слоя, при этом в 1 случае отмечалась регионарная лимфаденопатия.

Таким образом, сочетание эндоскопии в белом свете и ЭУС позволяет улучшить диагностику РЖ в ранней стадии, детализировать глубину инвазии. Такой подход способствует уменьшению сроков установления диагноза, дает возможность определить оптимальную лечебную тактику.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ОСЛОЖНЁННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Брегель А. И., зав. эндоскопическим отделением, проф. каф. факультетской хирургии,
Хантаков А. М., врач-эндоскопист; Евтушенко В. В., врач-эндоскопист; Алексеев А. А., врач-эндоскопист;
Мутин Н. А., врач-эндоскопист; Гавриленко А. А., врач-эндоскопист
Иркутский государственный медицинский университет
ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1»

г. Иркутск



■ Брегель А. И.



■ Хантаков А. М.



■ Евтушенко В. В.



■ Алексеев А. А.



■ Мутин Н. А.



■ Гавриленко А. А.

Острое кровотечение может осложнять течение злокачественных опухолей верхних отделов пищеварительного тракта и существенно ухудшает прогноз заболевания, особенно при поздних стадиях процесса. Своевременная диагностика причины, локализации и интенсивности кровотечения позволяет в кратчайшие сроки выбрать рациональную хирургическую тактику, а в ряде случаев добиться гемостаза с использованием эндоскопических методов остановки кровотечения.

Проанализированы результаты эндоскопической диагностики кровотечения из опухолей верхних отделов пищеварительного тракта у 342 больных, что составило более 9 % всех больных с острым эзофагогастродуоденальным кровотечением, наблюдавшихся в клинике за этот период.

У большинства больных длительность желудочного анамнеза не превышала одного года. Более, чем у 20 % больных кровотечение явилось первым проявлением заболевания. Только у трети больных причина кровотечения была установлена на основании клинического обследования до проведения эндоскопии, еще в половине случаев был выставлен синдромальный диагноз острого желудочно-кишечного кровотечения и более, чем в 15 % наблюдений кровотечение из опухоли было обнаружено только во время эндоскопического исследования.

У 14 (4,09 %) из 342 больных опухоль располагалась в пищеводе, у 4 (1,17 %) было прорастание стенки двенадцатиперстной кишки опухолью поджелудочной железы. У остальных 324 (94,74 %) больных процесс локализовался в желудке, распространяясь у 23 (6,73 %) из них на абдоминальный отдел пищевода. Чаще опухолевым

процессом поражались тело, кардиальный и субкардиальный отделы желудка, реже процесс локализовался в пилороантральном отделе и культе резецированного желудка. Кровотечение чаще возникает при значительных размерах опухоли. У 136 (39,77 %) больных опухолевый процесс захватывал более одной анатомической области. Только у 4 больных размеры опухоли не превышали 2 см. Более чем у половины больных была установлена 1У стадия заболевания. 227 (66,37 %) больных были пожилого и старческого возраста. У 2/3 больных исследование было проведено в первые 6 часов с момента поступления в клинику.

При опухолях пищевода и желудка редко возникают профузные кровотечения, которые мы наблюдали только у 3 больных. У 99 пациентов на момент осмотра было диффузное кровотечение, причём у трех из них оно началось при взятии биопсии из опухоли. У остальных 243 больных при первичном эндоскопическом исследовании кровотечение было остановившимся. Повторные и длительные геморрагии у онкологических больных приводят к анемии, которая более, чем у половины больных была средней и у четверти больных — тяжёлой степени.

Распространённость опухолевого процесса значительно облегчала эндоскопическую диагностику, причина кровотечения у большинства больных была установлена при первичном осмотре. В большинстве случаев поверхность опухоли была неровной бугристой, отмечалась повышенная контактная кровоточивость. При взятии биопсии опухоль имела повышенную плотность, вплоть до деревянистой. Однако у части больных ткань опухоли

была мягкой и в этом случае обычно отмечалась повышенная кровоточивость при биопсии. При больших размерах опухоли были хорошо видны участки ее некроза, покрытые фибрином. Почти у половины больных при эзофагогастродуоденоскопии выявлены сопутствующие поражения пищеварительного тракта и другие осложнения опухоли.

Повышению точности эндоскопической диагностики способствовало морфологическое исследование биоптатов слизистой, взятых во время исследования у 267 больных. В 83,90 % случаев эндоскопический диагноз при микроскопическом исследовании был подтвержден, у 7,16 % больных морфологический диагноз имел решающее

значение в определении опухолевой природы источника кровотечения и у 8,94 % больных опухолевой генез кровотечения был установлен при отрицательном морфологическом заключении.

Таким образом, эзофагогастродуоденоскопия является достоверным методом диагностики опухолевого генеза кровотечения из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Во время эндоскопического осмотра удается точно установить локализацию, размеры, распространенность опухолевого процесса, характер и интенсивность кровотечения, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В ПРАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Верещак В. В., врач-ординатор
Карасев И. А., врач-эндоскопист
Малихова О. А., зав. эндоскопическим отделением, проф. каф. онкологии и паллиативной помощи РМАНПО МЗ РФ
Кувшинов Ю. П., проф.
НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина МЗ РФ

г. Москва

Цель исследования

Сравнить методы эндоскопического гемостаза в практике специализированного онкологического учреждения.

Материалы и методы исследования

В НИИКО ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» в период с 2016 по 2018 год была выполнена эзофагогастродуоденоскопия 204 пациентам по поводу кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, из них 27-ми (13,2 %) эзофагогастродуоденоскопия выполнялась на амбулаторном этапе, остальные 177 (86,8 %) в стационаре.

Результаты

У 105 (51,5 %) пациентов было кровотечение язвенного характера, у 90 (44,1 %) — опухолевого генеза и у 9 (4,4 %) вследствие ятрогенного повреждения. У 6 пациентов была F IA стадия. В одном случае удалось выполнить инъекционный гемостаз, а затем клипирование сосуда, в остальных пяти — потребовалось хирургическое вмешательство. При F IB в 23 случаях выполнен комбинированный гемостаз с использованием инъекционного гемостаза и клипирования сосуда, в одном — оперативное

вмешательство. При F IIA — 18 клипирований сосудов, 6 эндоскопических клипирований в комбинации с инъекционным гемостазом, и 4 случая применения инъекционного метода с последующей электрокоагуляцией сосуда шаровым зондом. При F IIB — после отмывании стужка эндоскопический гемостаз не понадобился шестерым пациентам, клипирований сосудов проведено 16 пациентам. Все 25 пациентов с F IIC ввелись консервативно без эндоскопического гемостаза. 46 пациентов с кровотечением из опухоли были прооперированы в должном объеме, 26-ти успешно выполнено орошение раствором «Гемоблок» и инъекционный гемостаз, 18-ти — инъекционный гемостаз и распыление гемостатического порошка «Endoclot».

При кровотечении ятрогенного характера в двух случаях эффективным было орошение раствором «Гемоблок», а семерым пациентам потребовалось хирургическое вмешательство.

Выводы

Эффективность эндоскопического гемостаза при кровотечениях язвенного характера составила 94,2 %, опухолевого генеза — 48,8 %, ятрогенно характера — 22,2 %.

ОПЫТ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ САМОРАСШИРЯЮЩИМИСЯ СТЕНТАМИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Верещак В. В., врач-ординатор
Юричев И. Н., врач-эндоскопист
Бурдюков М. С., с. н. с. эндоскопического отделения, д. м. н.
Малихова О. А., д. м. н., зав. эндоскопическим отделением, проф. каф. онкологии и паллиативной помощи РМАНПО Минздрава РФ
Кувшинов Ю. П., д. м. н., проф., в. н. с. эндоскопического отделения
НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина Минздрава РФ

г. Москва

Цель исследования

Оценить эффективность пилородуоденального стентирования у онкологических больных.

Материалы и методы исследования

За период с 2013 по 2018 года в эндоскопическом отделении НИИКО ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» было выполнено 181 пилородуоденальных стентирований у 156 пациентов. В исследование вошли 103 пациента (66%) с первичным поражением желудка и формированием стеноза на уровне антрального отдела. Инфильтрация 12-перстной кишки опухолью поджелудочной железы встречалась у 45 пациентов (28,9%), а также у 8 пациентов (5,1%) стентирование выполнялось по поводу компрессии пилородуоденального перехода извне. Пилородуоденальное стентирование выполнялось у пациентов, которым не планировалось оперативное вмешательство, в последующем им проводилась системная полихимиотерапия.

Результаты

Всего было выполнено 181 манипуляция по установке стентов у 156 пациентов. Однократно стент установили у 136 пациентов, двукратно - у 15, трехкратно - у 5. При анализе протоколов исследований выявлено преобладание мужчин - 95 (60,9%) над женщинами - 61 (39,1%), а также определена медиана возраста ($m=62,6$). Первичное

стентирование выполнялось непокрытыми пилородуоденальными или колоректальными стентами с чресканальной системой установки. Вторичное стентирование по типу «стент-в-стент» у 15 пациентов выполнялось в случаях прорастания стента через его ячейки с повторным формированием стеноза и нарушением эвакуации содержимого из желудка. В этих случаях использовались покрытые или частично покрытые стенты той же длины, либо на несколько сантиметров длиннее. Технический успех первичного стентирования составил 100%, клинический успех достигнут в 137 случаях стентирования (87,8%). Максимальный срок наблюдения за пациентами, перенесшими пилородуоденальное стентирование, составил 19 месяцев. Ранние осложнения отмечены в 16 случаях (10,3%). В одном из них возник панкреатит, в двух - выраженный болевой синдром, в одном - перфорация опухоли, в 14 - миграция стента. Данные осложнения не явились поводом к экстренным хирургическим вмешательствам, часть из них купировалась консервативными способами, либо потребовались повторные эндоскопические вмешательства. Летальных осложнений не было.

Выводы

Пилородуоденальное стентирование – безопасное и эффективное малоинвазивное вмешательство, предназначенное для восстановления пассажа пищи по верхним отделам ЖКТ.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

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

г. Курган



■ Верходлиб Ю. В.

Эндоскопическая хирургия пищевода, желудка — это современный метод, относящаяся к малоинвазивным эндоскопическим операциям. Разработанная в Японии, она уже много лет применяется во всем мире. Эта операция производится под общим обезболиванием как обычная гастроскопия с применением специальных эндоскопических инструментов.

Принцип метода заключается в удалении участка слизистой оболочки пищевода, желудка с образованием. Удаленный материал отправляют на гистологическое исследование, по результатам которого судят о полноте проведенной операции, необходимости повторного вмешательства.

Материалы и методы

Диагностика проводится с использованием стандартных методик это и осмотр в белом и узкоспектральном свете. В обязательном порядке используется эндосонография, для оценки распространенности образования, его инвазии. В работе используем оборудование фирмы Olympus, электрохирургический блок ERBE VIO 200S режим ENDO-CAT.



Фото 1. Визуальная оценка с эндосонографическим исследованием

Практически все пациенты предъявляли жалобы на периодический дискомфорт в верхних отделах живота, изжогу, отрыжку. Наш опыт 4 года, за этот период мы выполнили 152 операции на пищеводе, желудке и толстой кишке.

Все операции проводились в операционном отделении под внутривенным или эндотрахеальным наркозом, в зависимости от объема поражения органа. Первоначально проводилась визуальная оценка образования с разметкой границ (фото1). Далее проводилась гидросепаровка с использованием раствора индигокармина. После чего с использованием эндоскопических ножей выполнялось рассечение слизистой и с помощью колпачка или без него выполнялось удаление новообразования (фото 2, 3). После образование подвергалось морфологическому исследованию, проводилась ревизия зоны операции (фото 4), и при необходимости накладывались клипсы.

Введение раствора окрашенного индигокармином, подслизистый слой носит и диагностический характер, позволяющий выявить наличие прорастания опухоли в мышечный слой полого органа. Далее производилось рассечение слизистой оболочки до подслизистого слоя по периметру образования в пределах неизменённых тканей.

Следующим этапом выполняется непосредственная эндоскопическая резекция с выделением и отсечением связующих элементов подслизистого слоя от мышечного под образованием, после чего новообразование удаляется.

Производился осмотр раневой поверхности, краёв дефекта слизистой оболочки на предмет кровотечения, перфорации, радикальности вмешательства.

Резецированный фрагмент извлекался, тщательно осматривался и направлялся на гистологическое исследование.

Результаты

Удаление образования было выполнено в эндоскопической операционной под внутривенным или эндотрахеальным наркозом в положении больного на левом боку или на спине. В процессе выполнения использовали видеоблок EXERA II, видеогастродуоденоскоп GIF-N180 с прозрачным колпачком на дистальном конце. Для инфильтрации тканей подслизистого слоя использовали эндоскопическую инъекционную иглу диаметром 25G. После подслизистой инъекции физиологического раствора с индигокармином была выполнена разметка границ образований, разрез слизистой оболочки пищевода, желудка или толстой кишки по периферии проксимальнее опухоли. С использованием различных ножей фирмы Olympus и электрохирургического блока ERBE 200S.

Диагноз раннего рака желудка устанавливается на основании стандартных методов обследования (эзофагогастро-

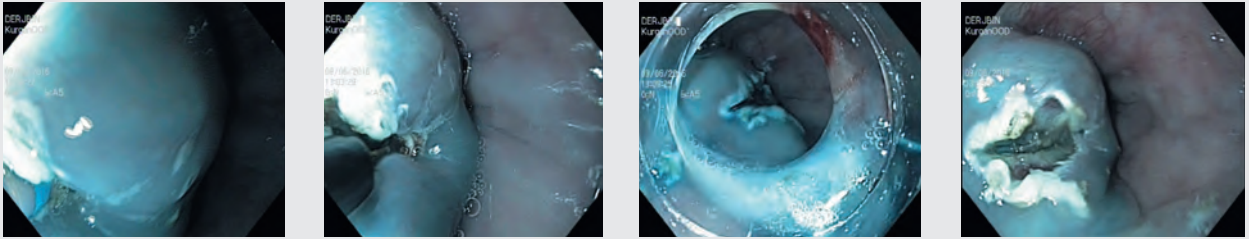


Фото 2

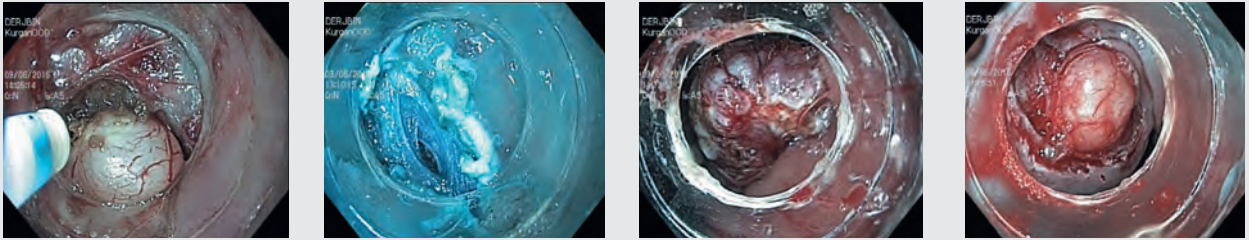


Фото 3



Фото 4

дуоденоскопия с обязательной биопсией, рентгенография желудка), в комплекс обследования обязательно включена эндоскопическая сонография — это ультразвуковое исследование стенки пищевода, желудка, проводимое специальным датчиком, вводимым через пищевод в полость желудка. Это исследование позволяет с высокой точностью установить глубину проникновения опухоли и выделить ту группу, в которой нет распространения глубже слизистой оболочки (ранний рак желудка). Кроме того, эндоскопическая сонография позволяет оценить состояние самых близких к опухоли (так называемых «сторожевых») лимфатических узлов, так как их поражение может служить причиной для отказа от органосохраняющих методик лечения.

Данным методом проводится так же малоинвазивное лечение различных диспластических поражений желудочно-кишечного тракта и ранних форм злокачественных образований.

Результаты

Выполнено 24 ESD, 128 EMR

Сроки госпитализации составляли 2–5 дней

Гистологическое заключение: аденоматозный полип 28, гиперпластический полип 16, лейомиома 15, полип Пейтц-Егерса 4, рак in situ 10, ГИСО 8, карциноид 4, аденома 28, ворсинчатая опухоль толстой кишки 32, высокодифференцированная аденокарцинома 7.



Фото 5. Осмотр через 14 дней



Фото 6. Осмотр через 1 месяц

Выводы

Эндоскопические методы лечения обладают рядом преимуществ, позволяет рассматривать их альтернативой хирургическим операциям на ранних стадиях развития опухолевого процесса, а так же как терапия для пациентов, которым, по определенным причинам, не может быть выполнена хирургическая операция в связи с высоким операционным риском, отказе пациента от операции, при первично-множественной локализации рака (в случае выявления рака при дообследовании на этапе лечения опухоли другой локализации). Описанный метод, может быть, применим лишь при выявлении ранних форм опухолевых заболеваний пищевода, желудка и толстой кишки. Эти методы характеризуются относительно невысоким уровнем осложнений и летальности, могут служить альтернативой традиционным хирургическим вмешательствам.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Дубовский А. В., врач-эндоскопист ОГБУЗ «Иркутская городская больница № 3»

Кузнецов С. М., к. м. н., доц. каф. факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»

г. Иркутск



■ Дубовский А. В.

■ Кузнецов С. М.

Реферат

В данной статье представлена статистическая картина распространённости язвенной болезни желудка среди пациентов, обследованных в эндоскопическом отделении Областного государственного учреждения здравоохранения «Иркутская городская больница № 8» в течение 5 лет. Определены: частота, распределение выявленной и осложнённой кровотечением язвенной болезни желудка по клиническим формам полу и возрасту.

Цель исследования

Целью проведённой работы было изучение частоты и структуры язвенной болезни желудка (ЯБЖ), выявленной при массовом эндоскопическом обследовании пациентов в различных группах населения, выявление наиболее «рискованных» по полу и возрасту категорий для планирования дальнейших мероприятий по диагностике, лечению и профилактике ЯБЖ.

Актуальность

Благодаря лечебно-профилактическим мероприятиям, в частности, внедрение в повседневную практику методики эндоскопического обследования верхних отделов пищеварительного тракта, широкое применение современных лекарственных средств (ингибиторы протонной помпы, препараты для эрадикации *Helicobacter pylori*, как одного из основных причинных факторов развития ЯБ [2]), уровень заболеваемости ЯБ за последние годы снизился, однако ущерб, наносимый этим заболеванием здоровью населения, по-прежнему значителен, что существенно снижает качество жизни пациентов. ЯБ в настоящее время

является одним из наиболее распространённых заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенно среди мужского населения. Частота распространённости ЯБ достигает 162,5 на 100 тыс. населения [1].

Для дальнейшего планирования и проведения диагностических, лечебных и профилактических мероприятий в лечебных учреждениях необходим анализ данных о распространённости ЯБ, её распределении в различных группах пациентов (пол, возраст). Также необходимо учитывать частоту выявления первичной ЯБ и её рецидивов, различных форм ЯБ (острая, хроническая, сочетанные язвы).

Кровотечения являются опасным осложнением ЯБ, часто угрожающим жизни пациента и требующим экстренной медицинской помощи. Методом выбора для диагностики язвенного кровотечения является ЭГДС, а основным современным методом лечения — выполнение гемостаза эндоскопическим путём. [3,4].

Материалы и методы

Проанализированы результаты эндоскопического обследования верхних отделов пищеварительного тракта (ЭГДС), проведённого в течение 5 лет пациентам в эндоскопическом отделении Иркутской городской клинической больницы № 8. Исследования выполнялись с помощью видео- и фиброэндоскопов Pentax и Olympus.

Выполнено 26921 ЭГДС пациентам в возрасте от 7 до 91 года (в том числе младше 18 лет — 700 человек), из них в поликлинике — 19388, в стационаре — 7533. Первичных ЭГДС выполнено 25466. Первично обследованных: мужчин — 9103 (33,8 % от общего числа первично обследованных), женщин — 16363 (66,2 %).

Результаты

В результате эндоскопического обследования 25466 пациентов ЯБЖ обнаружена у 530 человек (2,08 %). У мужчин на 9103 обследованных ЯБЖ выявлена у 235 человек (2,58 %), у женщин на 16363 обследованных ЯБЖ выявлена у 295 человек (1,8 %). Соотношение количества болеющих ЯБЖ мужчин и женщин составило 1,43:1. Хронические язвы ДПК выявлены чаще как у мужчин (2,58 %), так и у женщин (1,14 %), чем острые язвы, соответственно — у мужчин — (0,76 %) и у женщин — (0,67 %).

Среди как хронических, так и острых язв желудка (ЯЖ) у мужчин и у женщин преобладали впервые выявленные язвы над рецидивирующими. У 39 пациентов выявлено сочетание язв желудка и ДПК, а также острой и хронической, соответственно у мужчин 18 наблюдений и 21 у женщин.

Чаще всего ЯБЖ у мужчин выявлялась в возрасте от 28 до 57 лет. У женщин в подобной ситуации возрастной «разброс» составил от 18 до 67 лет.

Согласно нашим наблюдениям, частота ЯБЖ с каждым годом уменьшается, что связано с качественной диагностикой путём массового эндоскопического обследования населения и своевременным проведением адекватной противоязвенной терапии.

Кровотечение из ЯЖ было констатировано у 20 пациентов — 0,08 % от всего обследованного контингента, соответственно 3,8 % страдающих ЯБЖ. У мужчин кровотечение из язв желудка было диагностировано в 13 случаях, что составило 0,05 % от всех обследованных пациентов и 5,5 % пациентов с ЯБЖ. У женщин кровотечение из ЯЖ было выявлено в 7 случаях, соответственно 0,03 % обследованных, 2,4 % страдающих ЯБЖ. У мужчин кровотечения чаще осложнялись острыми язвами (8), чем хроническими (5), у женщин — чаще хроническими (5), чем острыми (2). В том числе в 2-х случаях — 1 у мужчин и 1 у женщин — кровотечения осложнились хроническими

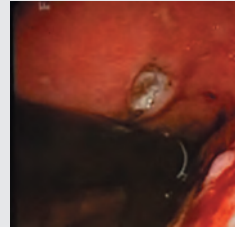


Рис. 1. Хроническая язва желудка

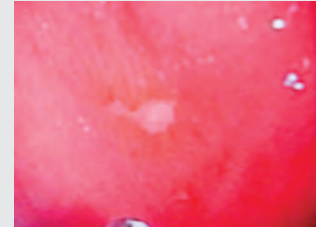


Рис. 2. Острая язва желудка

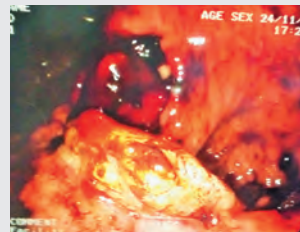


Рис. 3. Хроническая язва желудка, продолжающееся кровотечение (Forrest 1B)

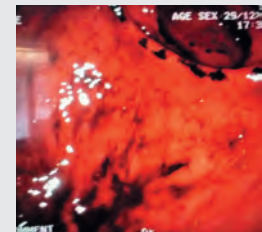


Рис. 4. Множественные острые язвы желудка, состоявшееся кровотечение (Forrest 2B)

Табл. 1. Клинические формы ЯБЖ, осложнённой кровотечением, распределение по полу

Хр. язва желудка впервые выявленная	Мужчины	Женщины	Всего
Хр. язва желудка рецидивирующая	3 (1 — с малигнизацией)	2 (1 — с малигнизацией)	5 (1 — с малигнизацией)
Острая язва желудка впервые выявленная	2	-	2
Острая язва желудка рецидивирующая	5 (1 сочетанная с хр. ЯДПК)	-	5
Сочетанные острые язвы желудка и ДПК впервые выявленные	1	1	2
Сочетанные хронические язвы желудка и ДПК рецидивирующие	2	-	2
Сочетанные хронические язвы желудка и ДПК впервые выявленные	-	1	1
Сочетанные хронические язвы желудка и ДПК рецидивирующие	-	2	2
Острая язва культи желудка	-	1	1
ВСЕГО кровотечений	13 (1 — из малигнизированной ЯЖ) — 5,5 % мужчин с ЯБЖ	7 (1 — из малигнизированной ЯЖ) — 2,4 % женщин с ЯБЖ	20 (2 — из малигнизированных ЯЖ) — 3,8 % всех пациентов с ЯБЖ



Рис. 5. Клипированные сосуды в дне хронической язвы желудка.

малигнизированные ЯЖ (малигнизация верифицирована гистологически).

Различные формы выявленной ЯБЖ, осложнённой кровотечением, распределение пациентов по полу приведены в табл. 1.

Эндоскопический гемостаз и профилактика геморрагии выполнялись путём инфильтрации в подслизистый слой с помощью эндоскопических инъекторов Pentax и Olympus раствора адреналина на 5 % глюкозе (разведе-

ние 1: 20 000) и наложением клипс Endostars на кровоточащий сосуд. Рецидивов кровотечения не было. На рисунке № 5 — клипированные сосуды в дне хронической язвы.

Выводы

1. Язвенная болезнь желудка у жителей Ленинского района г. Иркутска по данным 5-летней работы эндоскопического отделения выявлена в 2,08 % наблюдений. Соотношение мужчин и женщин, страдающих ЯБЖ составляет 1,43: 1.

2. Рецидивирующие язвы желудка выявлены у 0,69 % обследованных (% больных ЯБЖ) у, сочетанные язвы желудка и ДПК — у 0,153 % (7,36 % больных ЯБЖ).

3. Кровотечение из ЯЖ диагностировано у 20 пациентов, что составило 3,8 % страдающих ЯБЖ. У мужчин кровотечение выявлялось в 2,3 раза чаще, чем у женщин.

4. У мужчин чаще осложнялись кровотечением острые ЯЖ (8 из 13 случаев кровотечения), а у женщин — хронические (5 из 7).

5. Гемостаз и профилактика геморрагии инъекционным и механическим (клипирование сосуда) способами позволили в 100 % случаев остановить кровотечение из язв желудка.

Литература

1. Белоногов Л. И., Валька Е. Н., Янголенко В. Н. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение // Медицинский альманах. — 2011. — № 2 (15). — С. 68–71.
2. Даулетбаева Б. Б., Аманкелдиқызы А., Бескемпирова Д. Б., Болаева Ж. Б., Жуманова А. С., Калиева А. Н. Рысбай Ж. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник КазНМУ. — 2015. — № 2. — С. 52–53.
3. Погорелова М. П., Пантелеев В. С., Зарипов Ш. А., Янгиров И. В. Шарафутдинов Т. А., Хасанова А. З., Петров Ю. В. Анализ эффективности эндоскопических способов остановки рецидивных кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта у больных по линии санитарной авиации. // Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии». — 2018. — С. 175–176.
4. Терещенко С. Г., Мечева Л. В. Эндоскопический гемостаз и антисекреторная терапия при гастродуоденальных кровотечениях. // Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии». — 2018. — С. 183–184.

ГИГАНТСКАЯ ЛИПОМА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Захарова Я. С.¹, Косенко П. М.², Цекатунов Д. А.¹, Серов К. С.¹, Лутченко С. П.¹, Никитин О. Н.¹

¹КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10» МЗ Хабаровского края

²ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ

г. Хабаровск



■ Захарова Я. С.



■ Косенко П. М.



■ Серов К. С.

Доброкачественные опухоли двенадцатиперстной кишки (ДПК) разнообразны по своему происхождению и морфологическим характеристикам, чаще всего встречаются аденоматозные полипы, реже лейомиомы, невриномы, гемангиомы и липомы, при этом дуоденальная локализация липом считается наиболее редкой [1, 2].

По данным базы данных Medline (Pubmed) в течение последних 10 лет ежегодно публикуется описание от 1 до 3 случаев дуоденальных липом (ДЛ).

В 2018 году в отделении эндоскопии КГБУЗ «ГКБ № 10» (г. Хабаровск) было выполнено 4460 эзофагогастроудеоскопий (ЭГДС) при этом выявлена 1 (0,02 %) липома постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки.

Большой объем исследований в отделении обусловлен значительным количеством приписного населения трех поликлиник обслуживаемого района, а также выполнением осмотров стационарным пациентам в многопрофильной больнице.

Клиническая симптоматика ДЛ неспецифична и может проявляться обструкцией ДПК, кровотечением, диспепсией, болью в эпигастрии [1,2].

Приводим описание клинического случая, с которым мы столкнулись в своей работе.

Пациентка З., 66 лет поступила в хирургическое отделение КГБУЗ «ГКБ № 10» г. Хабаровска 04.07.2018 года. При поступлении больная предъявляла жалобы на сильную слабость, головокружение, тошноту, сухость во рту.

Из анамнеза установлено, что вышеуказанные симптомы появились около недели назад.

При осмотре состояние пациентки тяжелое. Кожные покровы бледные, сухие. Отеков нет, периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца

приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений –84 в мин, АД 120/80 мм. рт. ст.

Язык сухой, чистый. Живот не вздут, безболезненный при пальпации, в дыхании участвует равномерно. Печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется.

Per rectum: сфинктер тоничен, ампула прямой кишки пустая, новообразований не определяется, на перчатке-мелена.

В общем анализе крови при поступлении: гемоглобин 80 г/л, эритроциты $3,01 \times 10^{12}$, лейкоциты $20,3 \times 10^9$.

При поступлении больной была выполнена ЭГДС, при этом в постбульбарном отделе, на 12 см дистальнее луковицы, в нижней горизонтальной ветви ДПК, по задней стенке было обнаружено полиповидное подслизистое образование, на длинной ножке размерами 4,0x3,0 см, в диаметре до 2,5 см, с очагом изъязвления в центре размерами 1,2x1,0 см с фиксированными тромбами-сгустками, без подтекания крови.

Учитывая тяжесть состояния, пациентка находилась в отделении реанимации, где получала лечение: инфузионную терапию, трансфузию эритроцитарной массы, антисекреторную, гемостатическую терапию.

При контрольном эндоскопическом осмотре признаков продолжающегося кровотечения не обнаружено. Однако 07.07.18 был отмечен повторный эпизод кровотечения, принято решение об экстренном эндоскопическом оперативном лечении. Во время экстренной ЭГДС признаков продолжающегося кровотечения не обнаружено, выявлены фиксированные тромбы-сгустки в области изъязвления слизистой оболочки подслизистого образования, а также следы крови в просвете ДПК.

Учитывая большие размеры образования и риск развития массивного кровотечения, на основании ножки образования наложена и затянута лигатурная петля диаметром 2,0 см.



Рис. 1. Макропрепарат удаленного образования

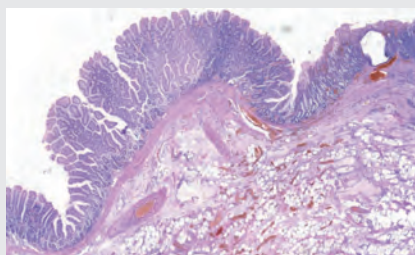


Рис. 2. Подслизистая липома ДПК (Lipoma, ICD-O 8850/0). Увеличение 50х, окр. гематоксилин и эозин. Под слизистой тонкокишечного типа определяется нечетко отграниченное образование, представленное скоплениями зрелых жировых клеток без признаков митотической активности, разделенных тонкими фиброзными септами с полнокровными сосудами артериального и венозного типов и расширенными лимфатическими капиллярами

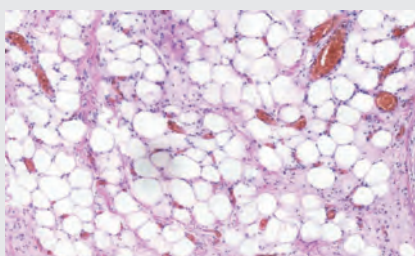


Рис. 3. Опухоль образована зрелыми адипоцитами без признаков атипии и митотической активности. Фрагмент предыдущего снимка, увеличение 200х, окр. гематоксилин и эозин

Дистальнее на 0,8 см места наложения лигатурной петли произведена электроэксцизия ножки образования в смешанном режиме. Осложнений нет. Материал захвачен петлей и извлечен (Рис. 1). При гистологическом исследовании удаленного образования диагностирована ангиолипома ДПК с воспалением, изъязвлением слизистой (Рис. 2, 3).

Послеоперационный период протекал без особенностей, больная выписана на 6-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства. При контрольном осмотре через 3 месяца: в просвете двенадцатиперстной кишки новообразований не определяется.

Литература

1. Pei M.W., Hu M.R., Chen W.B., Qin C. Diagnosis and Treatment of Duodenal Lipoma: A Systematic Review and a Case Report // J Clin Diagn Res. 2017 Jul;11(7): PE 01-PE 05. doi: 10.7860/JCDR/2017/27748.10322.
2. Wichendu PN, Dodiyyi-Manuel A. Gastric outlet obstruction from duodenal lipoma in an adult. Niger J Surg. 2013;19(2):79-81.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА

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

г. Челябинск

Введение

Так как пятилетняя выживаемость больных с ранним раком желудка, после хирургической резекции, достигла, по разным литературным данным, до 93–98 %, в последнее время возникает все больший интерес в деле сохранения желудка и его функции с поддержанием качества жизни пациентов, при соблюдении правил радикальности лечения.

Ранние формы рака желудка, ограниченные пределами слизистой или подслизистой слоев стенки органа, небольших размеров, с высокой степенью дифференцировки, имеют минимальный риск развития метастазов и открывают широкие возможности для применения малоинвазивных процедур, таких как мукозальная резекция слизистой (Endoscopic mucosal resection, EMR) и субмукозальная эндодиссекция (Endoscopic submucosal dissection, ESD), как радикальных методов их лечения.

Материалы и методы

На базе эндоскопического отделения ГБУЗ «Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины» (ГБУЗ «ЧОКЦОиЯМ») в период с 2009 по 2018 год проведено 259 эндоскопических резекций по поводу ранних форм рака желудка. Во всех случаях, ранние формы рака желудка найдены как случайные на-



■ Зуйков К. С.

ходки во время рутинных эндоскопических исследований или же в связи с комплексным обследованием перед плановой госпитализацией в стационары по поводу неонкологических заболеваний, или же при обследовании по поводу онкопатологии других органов (5 случаев при дообследовании при верифицированном раке почки, матки и молочной железы и прямой кишки).

При верификации новообразования пациенты консультированы онкологом поликлиники ГБУЗ «ЧОКЦОиЯМ» с последующим направлением эндоскопическое отделение для планирования возможности эндоскопического лечения.

При проведении ЭГДС с помощью специальных методов визуализации (Narrow Band Imaging, NBI и Autofluorescence Imaging, AFI), хромоскопии с увеличением (ZOOM)

оценивался макроскопический тип новообразования, его размеры и локализация. По окончании осмотра производится тотальная гастроскопия с целью выявления не выявленных ранее дополнительных очагов неоплазии. Всем пациентам производилось ультразвуковое исследование стенки желудка зоны поражения с применением системы ультразвуковой диагностики и ультразвукового радиального минизонда с частотой сканирования 20 МГц. При исследовании измеряется общая толщина стенки желудка, оценивались все слои стенки и границы между ними, определяется слой стенки, из которого происходит новообразование и глубина его инвазии в ниже/выше лежащие слои стенки желудка. Далее, по окончании исследования, производится оценка новообразования относительно критериев отбора с решением вопроса о возможности проведения эндоскопической резекции и выбора объема её выполнения с определением даты ее проведения (не более 2 недель с момента проведения эндосонографии). Подготовка пациента перед вмешательством не отличаются от таковых при проведении стандартных эндоскопических исследований желудочно-ки-

Табл. 1. Результаты гистологических исследований (по количеству пациентов)

Гистологическое заключение	Желудок
Высокодифференцированная аденокарцинома	40
Умереннодифференцированная аденокарцинома	5
Тубулярная аденома с тяжелой степени дисплазии (III)	14
GIST-опухоль	10
Нейроэндокринная неоплазия	48
Эктопия поджелудочной железы	3
Периневрома	1
Липома	2
Всего	123

Табл.2

Данные гистологического исследования макропрепарата	Вид резекции	Проведенное лечение	Примечание
1. Опухолевый рост по боковому и нижнему, горизонтальному, краю резекции	ESD	Гастрэктомия с лимфодиссекцией (D2)	Наблюдение онколога по месту жительства
2. Рост новообразования по боковому краю резекции	ESD	Повторная ESD	После верификации через 3 месяца в зоне операции
3. Рост новообразования по боковому краю резекции (НЭН)	ESD	Наблюдение	Несмотря на многочисленные биопсии зоны операции, эндоскопических данных за рецидив новообразования не выявлено
4. Рост новообразования по боковому краю резекции (НЭН)	ESD	Наблюдение	Несмотря на многочисленные биопсии зоны операции, эндоскопических данных за рецидив новообразования не выявлено
5. Продолженный рост по линии резекции (GIST)	ESD	Клиновидная резекция желудка	Наблюдение онколога по месту жительства
6. В ходе операции выявлено врастание новообразования в мышечный слой стенки желудка	ESD	Дистальная субтотальная резекция желудка	Наблюдение онколога по месту жительства

желудка. Операция проводилась под общим обезболиванием в условиях операционной в несколько этапов в строго определенной последовательности.

Результаты

Эндоскопические резекции в объеме 137 EMR и 122 ESD были выполнены 123 пациентам, из них 77 женщин и 46 мужчин, в возрасте от 29 до 78 лет, средний возраст составил 61 ± 5 лет. Необходимо пояснить, что некоторым пациентам проводилось несколько резекций за одну операцию или/и несколько резекций в несколько этапов в связи мультицентричным ростом неоплазии. Время операции составило при EMR от 25 до 40 минут, при ESD от 50 мин. до 2,5 часов и напрямую зависело от подготовки пациента, вида резекции, площади поражения, опыта врача-эндоскописта, расположения новообразования в органе и от собственно органа в котором располагалась опухоль, а так же от оснащения операционной. В последнем случае стоит отметить значительное сокращение времени проведения ESD, увеличения комфортности проведения самой резекции и количества осложнений с началом использования нами с 2018 года гибридного эндоножа (Dual Knife, ERBE, Германия). Гистологическое исследование резецированных макропрепаратов, по количеству пациентов, представлены в таблице 1. С первого дня после операции пациенту проводилась противовоспалительная и противоязвенная терапия продолжительностью до 6–8 недель. При отсутствии жалоб и клинических данных за перфорацию и/или желудочное кровотечение пациент выписывался из стационара, в среднем, на 5-е сутки с продолжением лечения на дому под наблюдением онколога по месту жительства.

Осложнения отмечены нами в 16 случаях (6,2 % от общего количества резекций). В семи случаях при проведении ESD опухолей желудка произошла перфорация стенки органа, при этом в 4 случаях дефект стенки закрыт методом клипирования, в остальных 3 случаях произведено хирургическое вмешательство-лапароскопия с аппартным ушиванием зоны дефекта, лапаротомия с клиновидной резекцией желудка, минаяпаротомия с ушиванием стенки

желудка. При этом в двух случаях перфорация стенки желудка не позволила нам удалить новообразование. В 9 случаях (8 ESD и 1 EMR) произошло интраоперационное кровотечение. Во всех случаях данное осложнение было купировано методом эндоклипирования, методом наложения горячих биопсийных щипцов или же комбинированием данных методов гемостаза. Ни в одном из случаев осложнений в постоперационном периоде не наблюдалось.

По данным гистологических исследований макропрепаратов во всех случаях, при проведении EMR, резекция новообразования проведена единым блоком в 92 % случаев, в пределах здоровых тканей и в 100 % случаев с соблюдением всех критериев радикальности операции. При динамических эндоскопических осмотрах в течении первого года после операции, данных за рецидив, по данным протоколов гастроскопии и результатов контрольных биопсий, новообразования не выявлено. В случае данных гистологического заключения исследования макропрепаратов полученных при ESD резекция новообразования проведена единым блоком в 100 % случаев.

По данным гистологического заключения в 6 случаях (2,3 % от общего количества резекций) выявлен опухолевый рост по краям или/и дну резекции (Таб.2).

Заключение

Эндоскопические резекции являются эффективной лечебной методикой обеспечивающей радикальное удаление ранних форм рака желудка. В 97,3 % случаев (252 резекции желудка) они стали окончательным методом лечения ранней формы рака желудка, что сопоставимо с хирургическими, составляющие, в среднем, 95 %. Это дает право рассматривать эндоскопические резекции альтернативой хирургических операций на ранних стадиях развития опухолевого процесса, как терапию первой линии, в том числе и при первично-множественной локализации рака (в случае выявления рака при дообследовании на этапе лечения опухоли другой локализации), при отсутствии данных о наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кодиров Ш. С.¹, Даминова Л. Т.², Шек А. Б.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз

²Ташкентский государственный стоматологический институт

📍 г. Ташкент, Узбекистан

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) одна из наиболее частых причин более чем 100 заболеваний различной этиологии. Особенно актуально проблема ЖКК у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Известно что до 30 % случаев инфаркта миокарда (ИМ) сопровождается формированием гастродуоденальных повреждений слизистых оболочек (синдром Селье). Развитию эрозивного ЖКК у пациентов ИБС также может способствовать прием антиагрегантных или антикоагулянтных препаратов. По данным различных авторов прием поддерживающих доз аспирина увеличивает риск ЖКК 1,8 раза, клопидогреля — 1,1 раза, а их сочетания — 7,4 раза.

Прогноз у больных ИБС, осложненной кровотечениями различной степени выраженности хуже, поскольку уменьшается коронарный резерв и проблемы вследствие коронарной катастрофы. Усугубляется анемии, неизбежными нарушениями регуляции гемостаза и гемостатической функции почек, с увеличением креатинина сыворотки крови. При анемиях в основе функционального нарушения кардиоваскулярной системы лежат глубокие биохимические изменения в мышце сердца, обусловленные недостаточным поступлением кислорода. В результате этого в миокарде развивается диффузно-дистрофические изменения, одним из ведущих проявлений которых является нарушение сократительной функции сердечной мышцы. Трагичность ЖКК у пациентов с ИБС заключается в том, что проводимые им гемостатическая терапия ухудшает реологию крови, способствуя тромбообразованию, что крайне нежелательно для больных ИБС. Патогенетическая связь анемии (в том числе постгеморрагической) с ИБС своеобразна. Проявление гемической гипоксии приводит к утяжелению стенокардии, а купирование анемии смягчает ее течение. Вместе с тем, как это не парадоксально, анемия положительно влияет на течении ИБС разжижая кровь и снижая опасность коронарных тромбозов.

Диагностические мероприятия выявления ЖКК у больных с ИБС основаны на эндоскопической картине верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Однако, в связи с особенностями течения ИБС, существующими факторами риска, расположение эрозий и язв могут быть различными, также как и их размеры и глубина. Современные методы диагностики основаны на эзофагога-



■ Кодиров Ш. С.

стродуоденоскопических (ЭФГДС) исследованиях, анализ которых позволяет провести эрадикационную, противоязвенные методы лечения.

Цель исследования

Установить ведущие факторы риска ЖКК у больных ИБС, определить характер и степень кровотечений.

Материалы и методы

Исследование проведено у 148 больных (106 мужчин и 42 женщин) с ИБС напряженной стенокардией функционального класса (ФК) III–IV. Помимо общеклинических методов исследований, проведено ЭКГ, ЭхоКГ, ЭФГДС, суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ. Лабораторные методы исследований включали анализ результатов выявления *Helicobacter pylori*, кал на скрытую кровь, коагулограмму.

Результаты и обсуждение

Состояние пациентов с ИБС, наличием ЖКК расценивалось как тяжелое, обусловленное гемостатическими, функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы. По показаниям, перед коронарографией, больным было проведено ЭФГДС, клиническая картина которой свидетельствовала о наличии эрозий и язв в различных отделах желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Рассматривая тяжесть состояния пациентов по степени кровотечения можно отметить, что из общего количества больных (148) легкая степень выявлена у 33,7 %, средняя — у 8,1 %, тяжелая — у 0,67 %.

Язвы желудка у мужчин выявлены в 48,64 %, у женщин — в 22,9 %. Единичные язвы желудка установлены у 34,45 %, множественные у 52 % Язвы ДПК — у мужчин



20,27 %, у женщин 10,81 %. Единичные язвы ДПК выявлены у 21,62 %, множественные — у 7,4 % больных.

Размеры язв желудка определяемыми ЭФГДС распределены на 3 группы: до 1 см установлено у 64,86 % больных, от 1,0 до 1,5 см — у 16,21 %, от 1,6- до 2,0 см — у 2 %.

Размеры язв ДПК определены до 1 см у 12,1 %, от 1,0 до 1,5 см — у 6,08 %, от 1,6–2,0 см — у 1,35 %.

При ЭФГДС по классификации Forest 1a выявлено 0,67 %, по Forest 1б — 0, по Forest 2a — 0, по Forest 2 б — 24,32 %, по Forest 2 с — 78 %, по Forest 3—0,67 %.

Заключение

На основании проведенных ЭФГДС исследований можно заключить, что наибольшее формирование язв желудка при ИБС определяется у мужчин, с превалированием множественных. Данным методом определяется, что язвы ДПК также выявляются больше у мужчин, с преимуществом множественных. По классификации Forest наиболее часто встречаются 2с и 2б. Следовательно, ранняя диагностика и определение ЖКК является направительным для осуществления целенаправленного корректирующего лечения.

ЧАСТОТА ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кодиров Ш. С.¹, Даминова Л. Т.², Шек А. Б.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз

²Ташкентский государственный стоматологический институт

г. Ташкент, Узбекистан

Являясь одним из распространенных заболеваний язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) относится к числу сложных проблем современной гастроэнтерологии и кардиологии. Современные концепции патогенеза заболевания рассматривая основные механизмы развития язвенной болезни выделяют нарушение между факторами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Из множества известных факторов, угнетающих резистентность слизистой оболочки желудка и ДПК на первый план выступает состояние местного кровообращения, которое в большей степени зависит от функциональной деятельности сердца и периферических сосудов. Исследователи, устанавливая ведущую роль в патогенезе ЯБЖ и ДПК, отдают предпочтение ишемии и микроциркуляторным нарушениям гастродуоденальной слизистой оболочки, которые вызывают обратную диффузию H^+ , ацидозу, истощению буферных систем, гибели и нарушению регенерации клеток эпителия. Немаловажную роль играют и факторы приема различных препаратов (клопидогрел, кардиомагнил, варфарин, тиклопидин, гепарин, аспирин) в некоторых случаях провоцирующие формирование и развитие язв. Анти тромботические препараты, изменяющие гемореологические свойства крови, являясь необходимыми в лечении ишемической болезни сердца (ИБС), все же обладают и определенными отрицательными свойствами (внутренне и наружные кровотечения). Сложность ведения желудочно-кишечных кровотечений у пациентов с ИБС заключается в том, что проводимая им гемостатическая терапия ухудшает реологию крови, способствуя тромбообразованию, что крайне нежелательно для этой категории больных

Целью исследования явилось установление частоты развития язв желудка и ДПК у пациентов с ИБС.

Материалы и методы

В исследование были включены 148 (средний возраст $60,13 \pm 0,75$) больных с ИБС напряженной стенокардия III–IV функционального класса (ФК). Помимо общеклинических методов исследования изучены показатели ЭКГ, суточного Холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭхоКГ. Эзофагогастродуоденоскопическое (ЭФГДС) исследова-



Кодиров Ш. С.

ние проведено аппаратом PENTAX 5000 и FUJINON 2500 (Япония).

Результаты и обсуждение

Согласно проведенному анализу из общего количества пациентов (148) наличие ЯБЖ и ДПК в анамнезе установлен у 81 (54,7 %) больного. Среди сопутствующих состояний отмечены: дислипидемия у 34 (22,97 %), остеохондроз у 36 (24,32 %), сахарный диабет у 23 (15,5 %) пациентов. Из общего числа обследованных антиагрегантную терапию клопидогрелом получали 73 (49,32 %), кардиомагнил — 86 (58,1 %), аспирин — 16 (10,81 %); антикоагулянтная терапия осуществлялась варфарином — у 4 (2,7 %), гепарином — у 14 (9,45 %). Рассматривая комбинации принимаемых препаратов можно отметить, что моно терапию антиагрегантными препаратами получали 31 (20,94 %), комбинацию из двух препаратов — 60 (40,54 %), трех препаратов — 14 (9,46 %) пациентов.

Из выявленных патологий сердечно сосудистой системы отмечено нарушение ритма сердечной деятельности у 24 (16,21 %), проявления ИБС без перенесенного инфаркта миокарда у 38 (25,67 %), ИБС с постинфарктным кардиосклерозом у 62 (41,89 %), перенесенный острый инфаркт миокарда у 8 (5,4 %), пороки сердца выявлены у 8 (5,4 %), гипертоническая болезнь у 96 (64,86 %).

Единичные язвы желудка при осуществлении эзофагогастродуоденоскопии установлены у 26 (17,56 %) из которых в кардиальном 3 (11,5 %), антральном 19 (73 %), и пилорическом 6 (23,07 %) отделах; множественные — у 77 (52,02 %) обследованных, среди которых в кардиальном 12 (15,58 %), антральном 68 (88,3 %) и пилорическом 64



(83,11 %)отделах выявило эрозии и язвы в кардиальном отделе желудка у 15 (10,13 %) пациентов. Эрозии и язвы ДПК в единичных вариантах установлены у 32 (21,62 %), тогда как множественные — у 11 (7,4 %) пациента. В свою очередь данные находки в бульбарном отделе ДПК выявлены у 41 (27,7 %), в постбульбарном- у 2 (1,35 %). Осложненная форма язв желудка и 12.п.к по Форресту 1в выявлено из общего количества больных у 1 (0,67 %), Форресту 2в- у 17 (11,48 %), Форресту 2с — у 24 (16,21 %), Форресту 3 — у 1 (0,67 %).

Заключение

На основании проведенных исследований можно заметить, что антральный отдел желудка у пациентов с ИБС является наиболее поражаемым участком, где образуются эрозии и язвы, формирующиеся на фоне нарушений локального кровообращения. В свою очередь именно бульбарный отдел ДПК является наиболее частым местом формирования эрозий и язв. У пациентов с ИБС наиболее частым осложнением ЯБЖ и ДПК являются кровотечения по Форресту 2с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЭФФЕКТИВНОСТИ АРГНО-ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Королев М. П.¹, Антипова М. В.^{1,2}, Русанов Д. С.^{1,2}

¹ГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет»

²СПБ ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (глав. врач. проф. Емельянов О. В.)

г. Санкт-Петербург

На протяжении многих десятилетий проблема острых желудочно-кишечных кровотечений является одной из актуальных в неотложной эндоскопии. Несмотря на постоянные дискуссии по данному вопросу, наибольшую практическую значимость до сих пор представляет выбор лечебной тактики и способ гемостаза при кровотечениях различной этиологии, а именно при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивно-геморрагическом гастрите и синдроме Меллори-Вейса и др., встречающихся в 23–74,4 %, 11–33,0 % и 0,15–6,04 % наблюдений, соответственно [Тимен Л.Я, Хаит Б.А, Черепанин А.И.,1995; Desmond A. M., Reynolds K. W., 1972]. Основным фактором, ухудшающим результаты лечения гастродуоденальных кровотечений, является рецидив последних с частотой от 5 до 50 % [Вербицкий В.Г., Кузьмич А.А.,2001; Загидов М.З., Загидова А.М., Велиева Ц.К.,2005; Лопатников А. В.,2005].

Одним из используемых на современном этапе методов эндоскопического гемостаза является неконтактная аргно-плазменная коагуляция (АПК), сменившая традиционную электрокоагуляцию ввиду своей большей эффективности и безопасности. При анализе эффективности применения АПК в сравнении со стандартной Soft-коагуляцией у 120 пациентов с 2007 по 2011 гг в качестве монотерапии при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии показало большую эффективность с частотой 98,3 % против 95 %, количеством рецидивов кровотечений 3,4 % против 12,3 %, при этом необходимость в дальнейшем хирургическом лечении составила 5,0 % против 16,7 %. Однако, авторы рекомендуют сочетать АПК с обкалыванием зоны кровотечения физиологическим раствором, что снижает процент повреждения окружающей источник слизистой [Yuan-Rung Li, Ping-I Hsu, Huay-Min Wang et.al., 2014]. В то же время, некоторые авторы полагают, что АПК может являться моментом выбора как в случаях продолжающегося язвенного кровотечения Forrest IA-IB и нестабильного гемостаза Forrest IIC, снижая частоту рецидивов в 2,8 раза, так и в случае рецидива кровотечения. При этом, для эффективности гемостаза следует сочетать АПК с методом инъекционного гемостаза, с эффективностью до 98,6 % По причине

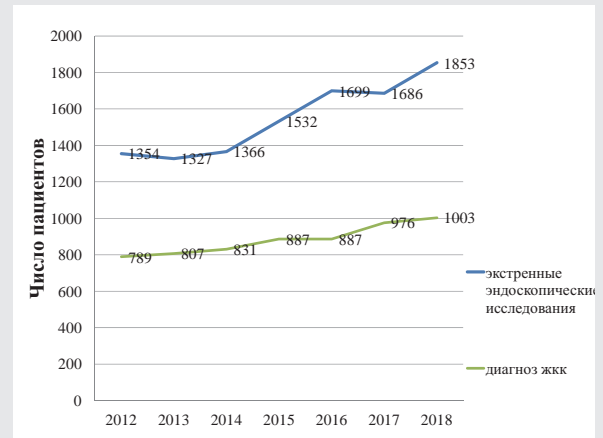


Рис. 1. Показатели динамики экстренных эндоскопических исследований за 2012–2018 гг.

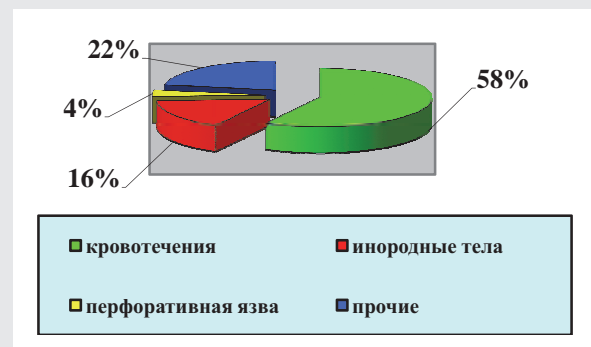


Рис. 2. Анализ нозологических форм у пациентов, поступающих в экстренном порядке

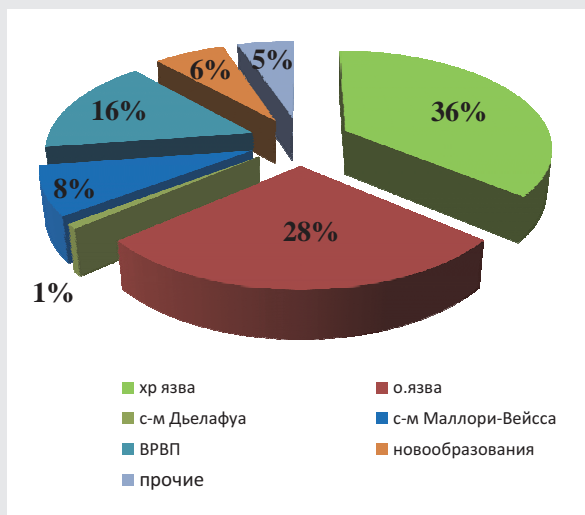


Рис. 3. Соотношение источников кровотечения

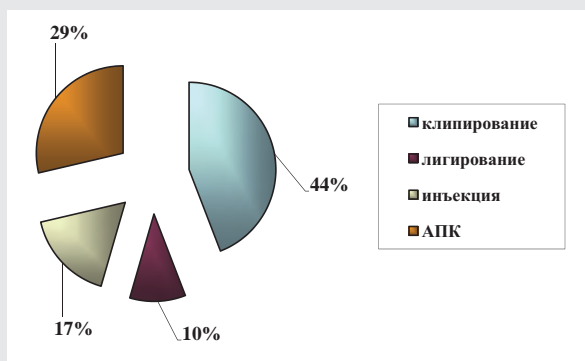


Рис. 4. Применяемые методы остановки кровотечений

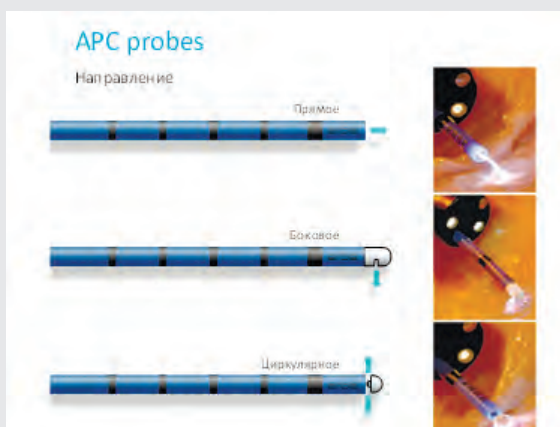


Рис. 5. Варианты направления сопла у АПК-зондов различной конструкции

монополярности тока не рекомендуется применять АПК при наличии у пациента имплантированного водителя сердечного ритма [Ефанов А. В., 2006; Малков И. С, Халикова Г. Р., Хамзин И. И. и др., 2011].

В терапии тонкокишечных кровотечений у пациентов с ангиодисплазиями, на основе данных о 63 пациентах, у 75 % процентов АПК послужило окончательных методом гемостаза, однако у 21 (42 %) отмечен рецидив кровотечения [May A, Freising-Sosnik T., Manner H., Pohl J. Et. al., 2011]. Кроме того, ряд авторов отмечают малую глубину воздействия- до 2–4 мм и возможность применения АПК в труднодоступных местах и на удалении от источника кровотечения, что незаменимо при кровотечениях из ангиодисплазий тощей и двенадцатиперстной кишки [Малков И. С, Халикова Г. Р., Хамзин И. И. и др., 2011]. Что касается терапии ангиодисплазий желудка, то ряд авторов говорят о сравнимой эффективности и отсутствия достоверной разницы при применении АПК и склеротерапии цианакрилом, но данное исследование включало в себя лишь 8 пациентов с GAVE-гастропатией [Zulli C., Esposito P., Romano M. Et. al., 2015].

В то же время при применении АПК в случаях портальной гастропатии в сравнении со склеротерапией отмечены значительно лучшие результаты при применении АПК в качестве окончательного метода остановки острого кровотечения 85 % против 20 %, а также профилактики 63 % против 40 %. Помимо этого, при применении АПК отмечено практически полное отсутствие «побочных» эффектов, таких как послеоперационная боль в эпигастрии, в то время как при склеротерапии она встречается у 27,1 % больных при поражении более 86 % слизистой оболочки желудка. При применении АПК снижает частота рецидивов кровотечения –16,1 % против 28,8 % [Hasim A. — E., Zaky S., Saad M. B. et. Al., 2017].

Применение АПК в качестве монотерапии при кровотечениях из опухолей верхних отделов ЖКТ также показало свою эффективность. При анализе историй болезней 28 пациентов с кровотечением из опухоли у 73,3 % АПК позволило добиться стойкого гемостаза. Но в то же время не отмечено значимых различий в рецидиве кровотечения и смертности в 30 дней после манипуляции 33,3 % и 42,9 %- среди пациентов, получавших консервативную терапию, что, скорее всего, обусловлено основным онкологическим процессом [Costa Martins B., Wodak S., Gusmon C. C. et.al., 2015].

При анализе данных 161 пациента с синдромом Меллори-Вейса по данным авторов, добиться окончательно гемостаза при применении АПК удалось у 84,0 %. У 16 % отмечен рецидив кровотечения, что потребовало 2 и более сеансов АПК. Летальность составила 0,4 % (1 пациент, которому впоследствии выполнено хирургическое вмешательство) [Машкин А. М., Ефанов А. В., Хойрыш А. А., 2015].

В анализе 25 случаев отсроченных кровотечений после ЭПСТ, у 10 в качестве метода гемостаза была использована АПК. Лишь в 3 случаях отмечен устойчивый гемостаз, что говорит о достаточно ограниченном спектре возможностей АПК при кровотечениях после ЭПСТ [Wang Y., Han Z., Niu X. Et. al. 2015].

В последнее время наиболее перспективным направлением развития АПК является применение так называемых dual-mode зондов, которые показывают свою эффектив-

Табл. 1. Рекомендуемые параметры и варианты использования АПК при различной этиологии желудочно-кишечных кровотечений

Источник кровотечения	Метод гемостаза	Режим АПК	Примечание
Язвенное кровотечение, желудок, лук ДПК Forrest Ib	Комбинированный^ Инъекционный +АПК или инъекция+ клипса +АПК* */ инъекция +клипса	Forced APC 30–60 W	Зависит от глубины дефекта, размера, локализации/ обязательно назначение ИПП
Forrest IIa	Комбинированный^ Инъекционный +АПК или инъекция+ клипса +АПК или инъекция +клипса	Forced APC 30–60 W	Зависит от глубины дефекта, размера, локализации/обязательно назначение ИПП
Forrest IIb	Комбинированный^ Инъекционный +АПК или инъекция + клипса +АПК или инъекция +клипса	Forced APC 20–40 W	Зависит от глубины дефекта, размера, локализации/ обязательно назначение ИПП
Эрозии	АПК	Pulsed APC 20–40 W	Зависит от глубины дефекта, размера, локализации
С-м Маллори-Вейсса	Комбинированный: клипса+АПК/ Инъекция+АПК/ инъекция +клипса	Pulsed APC 20–40 W	Зависит от глубины дефекта, размера,
Кровотечение из опухолей	АПК / или гемоспрей, эндоклот	Forced APC 30–60 W	Носит, как правило, временный характер
Gave (gastric antral vascular ectasia)	АПК	Pulsed APC 10–30 W Effect 2	Требует повторного вмешательства через определенный промежуток времени
С-м Дъелафуа	Клипса +АПК/ клипса	Forced APC 30–60 W	Желательно сочетать с селективной ангиографией и последующей эмболизацией питающего сосуда, ориентиром может служить клипса)(тк мальформации могут быть множественные)
Сосудистые образования ДПК, правая половина толстой кишки	АПК	Precise APC, Effect 4	Строго соблюдать меры безопасности при работе с АПК в просвете кишки

ность по сравнению с «традиционными» монополярными зондами в остановке кровотечений с частотой стойкого гемостаза при различных кровотечениях 63,3 % против 43,3 %, снижение частоты рецидивов до 3,3 %. Кроме того, подобные системы возможно применять у пациентов при наличии имплантированных водителей ритма [Canady J., Kimberly W., Ravo B., 2006].

Таким образом, анализируя все вышесказанное, можно сказать, что на сегодняшний день АПК занимает прочное и неотъемлемое место в структуре методик эндоскопического гемостаза.

В нашей клинике осуществляется круглосуточная помощь пациентам, нуждающимся в экстренной эндоскопии. В том числе и пациентам, поступающим с клиникой желудочно-кишечного кровотечения (Рис. 1).

В структуре экстренной эндоскопии преобладают пациенты с желудочно-кишечными кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта и инородными телами верхних отделов пищеварительного тракта (Рис. 2). Причем на долю кровотечений приходится более 50 % случаев.

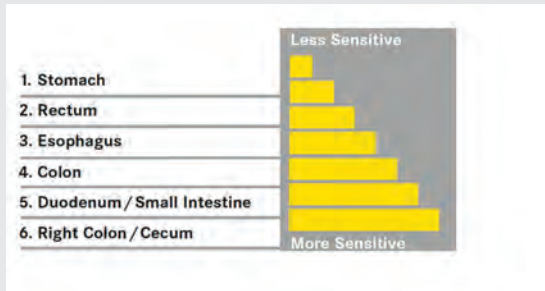
Анализ источников кровотечения показывает, что наиболее часто встречаются кровотечения из хронических и острых эрозивно-язвенных поражений ЖКТ (Рис. 3).

В практике клиники применяются практически все методы современного воздействия на различные источники кровотечения (Рис. 4), что позволило в более чем в 95 % случаев кровотечений добиться окончательного гемостаза.

В наше клинику АПК как метод гемостаза стал применяться с 2007 года, в настоящее время отделение оснащено электрохирургической стойкой ERBE VIO 300D с блоком АПК. Так же отделение располагает различными АПК зондами имеющими прямое, боковое и циркулярное направление сопла (Рис. 5):

Наличие различных направлений выхода аргона позволяет выбрать оптимальный зонд в зависимости от анатомической локализации источника кровотечения.

С нашей точки зрения АПК обладает рядом преимуществ, позволяющих широко применять этот метод в различных направлениях оперативной эндоскопии, в том числе и с целью гемостаза.



Kähler, G F et al. Investigation of the thermal tissue effects of the argon plasma coagulation modes pulsed and precise on the porcine esophagus, ex vivo and in vivo; Gastrointest. Endosc., 2009
Zenker, M. Argon plasma Coagulation; GMS Krankenhhyg Interdiszip. 2008

Рис. 6. Чувствительность различных тканей ЖКТ к АПК



Рис. 7. Кровотечение из ГИСО нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки

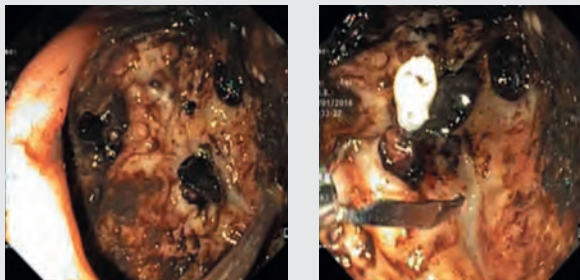


Рис. 8. Гигантская язва тела желудка

Преимущества

- Ткань не прилипает к электроду.
- Быстрая обширная коагуляция поверхностных кровотечений.
- Контролируемая глубина проникновения, минимальный риск перфорации.
- Минимальная карбонизация и дымообразование.
- Уменьшение времени манипуляции
- Возможно применения в труднодоступных для манипуляций анатомических зонах

Применение АПК в сочетании с другими методами гемостаза улучшает эффект гемостаза и в ряде случаев значительно повышает его надежность и снижает риск рецидива. Относительно низкая себестоимость расходных материалов делает метод доступным. Вместе с тем применение АПК требует знания возможных осложнений, хорошего владения аппаратурой, рекомендуемых режимов АПК в зависимости от источника кровотечения, интенсивности и его анатомической локализации, а так же определенных мануальных навыков. Основными принципами безопасного использования АПК являются:

1. Использование рекомендуемых режимов, особенно в начале использования АПК блока, без необходимости не увеличивать мощность и объем подачи аргона
2. Всегда работать только под визуальным контролем
3. Активировать подачу аргона только когда сопло зонда находится вне инструментального
4. канала, вдали от конца аппарат — в противном случае возможно повреждение эндоскопа
5. Избегать прямого и тем более, длительного прямого контакта с тканями –риск
6. перфорации, глубокого ожога тканей
7. Никогда не погружать конец зонда в ткани — риск подслизистой эмфиземы и перфорации
8. Избегать продолжительного воздействия на одну и ту же область — риск перфорации
9. Чередовать подачу аргона с обязательной аспирацией, особенно в просвете толстой кишки.
10. Избегать прямого контакта с металлическими инструментами

* Не смотря на то, что прямой контакт с металлическими инструментами не рекомендуется, т.к это может привести к углублению зоны ожога, мы в ряде случаев сочетаем применение эндоскопических клипс и АПК — в этом случае после установки гемостатических клипс мы обрабатываем АПК такни вокруг клипсы с целью создания зоны коагуляционного струпа, способствующего лучшей фиксации клипсы в тканях. Или же дополнительно обрабатываем кровоточащую поверхность рядом с клипсой если кроме клипированного сосуда, рядом есть еще другие мелкие источники кровотечения. Данное сочетание применимо в тех анатомических зонах где риск перфорации минимален (Рис. 6). Согласно исследованиям, факторами, влияющими на степень воздействия АПК на ткань являются:

1. Время активации
2. Режим, мощность, эффект (**PULSED APC** Большие зоны кровотечений, абляция пищевода Барретта, **PRECISE APC** Эффективен при работе в термочувствительных/тонкостенных зонах. За счет автоматического контроля мощности при изменении раб. расстояния эффективен в труднодоступных зонах)
3. Рабочее расстояние от зонда

Таким образом при выборе метода и режима АПК, а так же сочетание его с другими методами гемостаза следует учитывать не только характер кровотечения, но и локализацию источника.

При анализе случаев неэффективного гемостаза нами были выделены следующие группы причин:

1. Неправильная лечебная тактика
 - Неправильная первичная оценка источника кровотечения
 - Глубина язвенного дефекта, диаметр кровоточащего сосуда, локализация (Рис. 7).
 - Неправильно выбран метод воздействия на источник (так, например, АПК как монометод гемостаза плохо воздействует на струйное, массивное кровотечение)
2. Переоценка возможностей эндоскопического гемостаза, и его стойкости, т.е он носит временный или стойкий характер (Рис. 8).
3. Неправильное ведение пациента после эндоскопического гемостаза
4. Отсутствие возможности устранить этиологический фактор (интоксикацию, травму, ишемию, расстройства системы гемостаза)

Выводы

1. Аргонплазменная коагуляция является эффективным методом воздействия на ткани и находит широкое применение во всех разделах оперативной эндоскопии
2. Применение АПК как монотерапии определенных видов желудочно-кишечных кровотечений, так и в сочетании с другими методами гемостаза улучшает эффект гемостаза и в ряде случаев значительно повышает его надежность и снижает риск рецидива
3. Применение АПК требует знания возможных осложнений, хорошего владения аппаратурой, рекомендуемых режимов АПК в зависимости от источника кровотечения, интенсивности и его анатомической локализации, а так же определенных мануальных навыков.

Литература

1. Малков И. С. Эндоскопический гемостаз при гастродуоденальных кровотечениях: проблемы, поиски, решения./ Малков И. С., Халикова Г. Р., Хамзин И. И., Губаев Р. Ф.// Практическая медицина. — № 2 (49). — 88–92.
2. Машкин А. М. Результаты применения эндоскопической аргонплазменной коагуляции желудочно-кишечных кровотечений при синдроме Меллори-Вейса/ Машкин А. М., Ефанов А. В., Хойрыш А. А.// актуальные вопросы эндоскопии Сборник тезисов. — 2015. — 89.
3. Тимен Л. Я. Возможности эндоскопического гемостаза и значении эндоскопии в выборе тактики при лечении гастродуоденальных кровотечений / Тимен Л. Я., Хаит Б. А., Черепанин А. И.// Мед. Консульт., 1995- № 3. — с. 8–15.
4. Эффективность эндоскопической аргонплазменной коагуляции в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений/ Тимен А. В. — автореф. дисс. канд. мед. наук. 2005.
5. Bruno Costa M. Argon plasma coagulation for the endoscopic treatment of gastrointestinal tumor bleeding. A retrospective comparison non-treated historical cohort/ Bruno Costa M., Wodak S., Maluf-Filho F.// United European Gastroenterol J. — 2018. — Vol. 4910. — p. 49–54.
6. Canady J. Argon plasma coagulation and the future applications for dual-mode endoscopic probes/ Canady J., Wiley K. Ravo B.// Reviews in gastroenterological disorders. — 2006. — Vol. 6(1). — p. 1–12.
7. Desmond A. M. Erosive gastritis in diagnosis management and surgical treatment/ Desmond A. M., Reynolds K. W.// Brit. J. Surg. — 1972. — Vol. 59. — p. 5–15.
8. Hashim A. E. Effect of endoscopic argon plasma coagulation on gastrointestinal blood loss due to portal hypertensive gastropathy/ Hashim A. E., Zaky S., Berengy M. S.// Clin. Gastroenterol. and hepatol. — 2017. — Vol. 1(2:9). — p. 1–9
9. Kim J. W. Comparison of hemostatic forceps with soft coagulation versus argon plasma coagulation for bleeding peptic ulcer- a randomized trial/ Kim L. W., Jang J. Y., Lee C. K/ et. al.// Endoscopy. — 2015. — Vol. 47(80). — p. 680–687.
10. May A. Long-term outcome after argon plasma coagulation of small-bowel lesions using double-balloon enteroscopy in patients with mid-gastrointestinal bleeding/ May A., Friesing-Sosnik T., Manner H., Pohl J., Ell C.// Endoscopy. — 2011. — Vol. 43(9). — p. 759–765.
11. Zulli C. Sclerotherapy for the Treatment of gastric antral vascular ectasia in case of contraindications to argon plasma coagulation/ Zulli C., Esposito P., Romano M. et. al.// Gastroenterol Hepatol. — 3(2). — 1042–1045.
12. Yuan-Rung Li. Comparison of hemostatic efficacy of argon plasma coagulation with and without distilled water injection in treating high-risk bleeding ulcers/ Yuan-Ruhs Li, Ping-I Hsu, Huay-Min W.// BioMed Research Inter., J. — Vol. 2014. — p. 55–61.
13. Wang Y. Clinical research for delayed hemorrhage after endoscopic sphincterotomy/ Wang Y., Han M., Niu X. et. al.// Int. J. Exp. Med. — 2015. Vol. 8(4). — p. 5753–5759.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Королев М. П.¹, Федотов Л. Е.¹, Кондратьев А. Н.², Климов А. В.¹, Терехов И. С.², Донияров Ш. Х.¹

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

²Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А. Л. Поленова, филиал национального медицинского исследовательского центра им. В. А. Алмазова

 г. Санкт-Петербург

Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) по настоящее время остаются нерешенной проблемой в ургентной хирургии. Часто они являются осложнениями других заболеваний. Наличие патологий других систем — центральной нервной системы (ЦНС), сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, присоединение печеночной и почечной недостаточности, сепсиса и других состояний усложняет диагностику, лечения и тактику ведения пациентов.

Заболевания ЦНС способствуют развитию трофических изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Необходимость проведения антикоагулянтной, антиагрегантной терапии, тромболитика при ишемическом инсульте, введение сосудорасширяющих препаратов, также влияет на развитие и течение ГДК. Сочетание кровотечения из верхних отделов ЖКТ и патологии ЦНС значимо ухудшает результаты лечения, увеличивает сроки нахождения в стационаре, может приводить вплоть до летального исхода. По данным авторов, ГДК встречается до 30 % больных геморрагическим инсультом. В других исследованиях кровотечения из верхних отделов ЖКТ выявлены частотой от 19 до 54 случаев на 100 000 населения страдающих патологиями ЦНС.

Цель исследования

Улучшить результаты лечения ГДК на фоне острых заболеваний ЦНС.

Материалы и методы

В исследование включены 135 больных получавших лечение в СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» на кафедре «Общая хирургия с курсом эндоскопии» ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», с острыми патологиями ЦНС и подозрением на кровотечения из гастродуоденальной зоны с 2013 г. по 2018 г. Возрастная группа включенных в исследование пациентов составил 30–93 года (средний возраст 65 лет). Всем больным выполнялись обследования (магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), видеоэзофагогастродуоденоскопия (ВЭГДС)). По результатам обследований (МРТ, КТ, ВЭГДС) все больные разделены на 3 группы: первая группа (n=58) больные ишемическим инсультом (ИИ) и гастродуоденальными кровотечениями, вторая группа — больные геморрагическим инсультом

и кровотечением из верхних отделов ЖКТ (n=47), третья — больные острыми патологиями ЦНС и подозрением на ГДК. По данным ВЭГДС у этой группы источник кровотечения не выявлен (n=30).

Результаты

При анализе больных ишемическим инсультом у 38 из 58 выявлены язва желудка и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК), у 16 больных геморрагический гастрит, в 1 случае причиной кровотечения являлся варикозно-расширенные пищевода (ВРВП), у 3 пациентов некротический эзофагит осложненный кровотечением. При анализе результатов ВЭГДС больных геморрагическим инсультом, у 26 из них выявлены язва желудка и/или язва ДПК, у 14 из 47 геморрагический гастрит и/или дуоденит, у 4 больных источников кровотечения являлся синдром Мэллори-Вейса, у 2 пациентов некротический эзофагит осложненный кровотечением, в 1 случае кровотечение из ВРВП. В группе больных геморрагическим инсультом тяжесть по шкале комы Глазго (>8), наличие сепсиса, объем внутримозговой гематомы (размеры гематомы > 30 ml) или их сочетание является предрасполагающим фактором.

Обсуждение: Кровотечения из верхних отделов ЖКТ на фоне острых патологий головного мозга являются актуальными. В настоящее время отсутствует алгоритм диагностики, лечения и профилактики данной патологии в сочетании с заболеваниями ЦНС.

Заключение

У больных патологией головного мозга наиболее часто источником кровотечения является поражение слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. При анализе данных, у больных ишемическим инсультом наблюдается возникновение кровотечения из хронических язв, у пациентов геморрагическим инсультом чаще кровотечения выявляются из острых язв верхних отделов ЖКТ. При разработке тактики обследования и лечения пациентов надо учитывать эти данные. Алгоритм лечения при ГДК у больных заболеваниями ЦНС: эндоскопический гемостаз (электрокоагуляция, аргонно-плазменная коагуляция, инъекция раствором «Эпинефрин», орошения пленкообразующими препаратами и механический метод остановки кровотечения) и консервативное лечение зависит от характера язвенного поражения и вида инсульта.

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Корымасов Е.А.¹, дир. ИПО, проректор по лечебной работе, д.м. н., проф., зав. каф. хирургии ИПО, гл. внештатный хирург МЗ Самарской области
Цветков Б.Ю.¹, зав. хирургическим отделением СОКБ им. В.Д. Середавина, врач высшей категории, к.м. н.
Жданов А.В.¹, зав. эндоскопическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», врач-хирург, эндоскопист
Барилко Е.В.², врач-хирург, эндоскопист, ГБУЗ СО «СГКБ № 2 им Н.А. Семашко»
Лежнев М.А.², врач-хирург, эндоскопист НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД»
Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина, (гл. врач Купцов Д.Н.)
Кафедра хирургии ИПО СамГМУ (зав. кафедрой проф. Е.А. Корымасов)

г. Самара



■ Корымасов Е. А.



■ Барилко Е. В.



■ Жданов А. В.



■ Лежнев М. А.

Актуальность

Несостоятельность желудочного шва при выполнении бариатрических операций, составляет от 0.5 до 6 % (И.И. Затевахин, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкин 2016 г.). Появление данного осложнения приводит к развитию перитонита, сопровождающегося летальностью от 46 до 80 % (Савельев В.С., Петухов В.А., 2012). Основным способом лечения несостоятельности швов желудка на сегодняшний день остается операция, основной целью которой является пластика участка несостоятельности, что представляет собой крайне сложную и трудоемкую, а порой и вовсе невыполнимую задачу. Проблема усугубляется при наличии избыточной массы тела пациента. Однако, в связи с совершенствованием технологий и аппаратуры все чаще демонстрируются эндоскопические методы лечения несостоятельности желудочного шва.

Цель исследования

Демонстрация возможности эндоскопического лечения несостоятельности желудочного шва после проведения бариатрических операций.

Материалы и методы

Пациент К 50 лет, поступил в плановом порядке для проведения резекции желудка по поводу ожирения IV ст. Из анамнеза: страдает сахарным диабетом 2 типа, гипертонической болезнью II ст, III ст, риск 4, Н 2А (2 NYHA), ожирением IV ст. 10 лет назад перенес оперативное лечение по поводу кистозного образования печени.

Больному была выполнена слив-резекция желудка с наложением аппаратного линейного шва желудка.

Операция сопровождалась большими техническими трудностями на фоне выраженного спаечного процесса после перенесенного вмешательства на печени. В послеоперационном периоде, в течении первой недели после операции появился сброс желудочного содержимого по контрольному дренажу брюшной полости. Больному проведено рентгенографическое исследование с водорастворимым контрастом, на котором выявлена несостоятельность верхней трети шва в области пищеводно-желудочного перехода (Рис. 1).

Выполнена лапаротомия, ушивание несостоятельности проксимального края линейного шва желудка. Однако, через 5 суток вновь наблюдалось поступление желудочного содержимого с примесью жидкой пищи по контрольному дренажу из области несостоятельности желудочного шва. При выполнении диагностической гастроскопии выявлено 2 дефекта стенки сформированного желудка на 45 и 49 см от резцов (Рис. 2). Проксимальный дефект длиной 2 см, дистальный дефект 5 мм. При выполнении контрастного исследования, контрастное вещество без задержек эвакуировалось из желудка в проксимальный дефект и далее в брюшную полость. Выполнение повторного вмешательства было сопряжено с высоким риском жизни пациента. Учитывая отягощенный анамнез, тяжелое состояние больного от выполнения более объемного хирургического вмешательства было решено отказаться. Решено выполнить попытку эндоскопической операции: закрытия дефекта анастомоза полностью покрытым пищеводным стентом.

Выполнена эзофагогастродуоденоскопия, в нижележащие отделы пищеварительного тракта заведена струна



Рис. 1. Выход контраста в брюшную полость

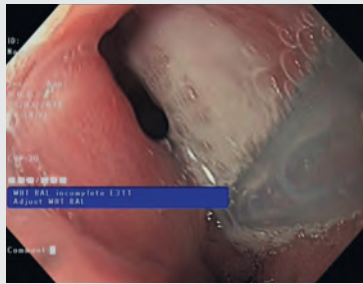


Рис. 2. Зонд в пищеводе. Дефект стенки органа 1 см

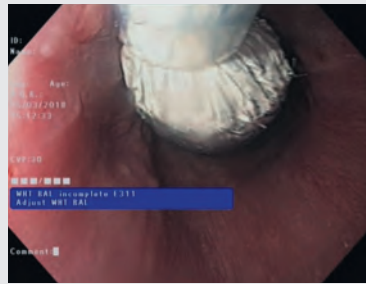


Рис. 3. Раскрытие пищеводного стента



Рис. 4. Контрастирование со стентом. Выхода контраста нет

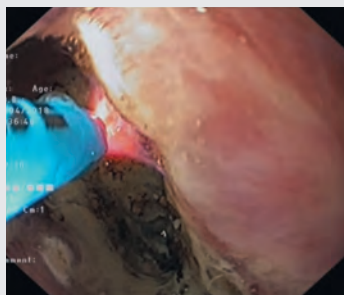


Рис. 5. Обработка дивертикула аргонном



Рис. 6. Дивертикулярное выпячивание на месте свища

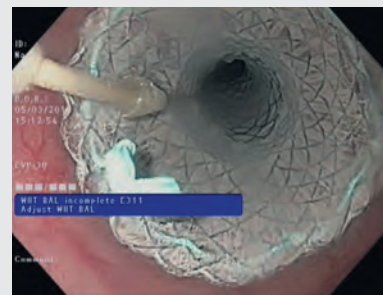


Рис. 7. Полное открытие стента

проводник 0.035. Далее по проводнику произведено введение доставочного устройства пищеводного бариатрического полностью покрытого стента Taewoong Beta диаметром 24 мм и длиной 20 см. Стент спозиционирован при помощи рентген аппарата С-дуги таким образом, чтобы проксимальная воронка находилась на уровне выше 3–4 см проксимального края дефекта желудочного шва. Далее произведено удаление доставочного устройства и раскрытие стента (Рис. 3, 7).

Сброс желудочного содержимого по контрольному дренажу прекратился сразу же после оперативного вмешательства. Установлен страховочный назогастральный зонд. Через 2 дня больному выполнено рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастом: выхода контраста за пределы желудочного тракта нет, стент располагается в исходной позиции (Рис. 4). Больному разрешено принимать жидкую пищу. Состояние пациента стабилизировано.

При контрольной гастроскопии через 4 недели определяются грануляции в области проксимальной воронки стента, перекрывающие просвет пищевода на 1/2. Решено извлечь стент в связи с риском полной обтурации его просвета. После извлечения стента дефект стенки на 49 см не определяется, на 45 см определяется дивертикулярное выпячивание 1x1,5 см, дно которого обработано аргонном с целью создания грануляций, а в последующем плотного рубца для исключения рецидива (Рис. 5). При контрольном рентгенологическом исследовании с водорастворимым контрастом сброса не обнаружено, в верхней трети анастомоза определяется дивертикулярное выпячивание стенки (Рис. 6).

Заключение

Применение эндоскопического стентирования полностью покрытым пищеводным стентом может быть альтернативным вмешательством при несостоятельности аппаратных после бариатрических операций.

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Матушкова О.С., к. м.н., зав. эндоскопическим отделением
Темираева М.Э., врач-эндоскопист
Громов Д.Г., д. м.н., зав. отделением, врач рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения
Ишевский А.Г., врач рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения
ГБУЗ «ГКБ им.Ф.И. Иноземцева ДЗМ»

г. Москва

В «ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» с 2016 по 2019 гг. транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЕ) проведена у 20 пациентов. При поступлении в клинику выполнялось эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) для выявления источника кровотечения. У 17 пациентов (85 %) выявлены гастродуоденальные язвы, у 1 пациента (5 %) - рак поджелудочной железы, у 1 пациента (5 %) - Дъелафа и у 1 пациента (5 %) - рак желудка. Средний возраст пациентов 72 года (колебался от 57 до 84). Среди них: 16 (80 %) мужчины. 4 (20 %) - женщины. Среднее время от поступления до эмболизации - 3 дня (1-17 дней). Исключены варикозные кровотечения, посттравматические и ятрогенные.

У больных с гастродуоденальными язвами выявлены язвы больших размеров (от 2 до 5 см в диаметре). У 14 пациентов (70 %) язвы локализовались на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (больше 2,0 см). У 6 пациентов (30 %) - в области угла желудка, размером более 5,0 см в диаметре.

При язвенных кровотечениях использовали классификацию по J.F. Forrest. (1974). Продолжающиеся кровотечения (FI-A, FI-B) выявлены у 6-ти пациентов (30 %), состоявшееся кровотечение — FII-A-FII-B (11 пациентов - 55 %). Всем больным выполнялась эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения путем инфильтрации адреналина с последующей аргоноплазменной коагуляцией. Всем пациентам было принято решение выполнить ТАЕ в связи с рецидивом кровотечения, выявленным при ЭГДС на 2-3-и сутки после госпитализации. Исход лечения благоприятный.

У одного пациента причиной кровотечения явился распад опухоли желудка (Неоплазия 5 типа по Парижской классификации). У одного пациента кровотечение случилось на фоне прорастания опухоли в стенку луковицы двенадцатиперстной кишки.

В случае кровотечения при артериовенозной мальформации в субкардиальном отделе желудка (болезнь Дъелафа) эндоскопический гемостаз признан невозможным. Во всех случаях было принято выполнить эндоваскулярное вмешательство (на 5-17 сутки) и он явился окончательным методом остановки кровотечения.



■ Матушкова О.С.

■ Темираева М.Э.

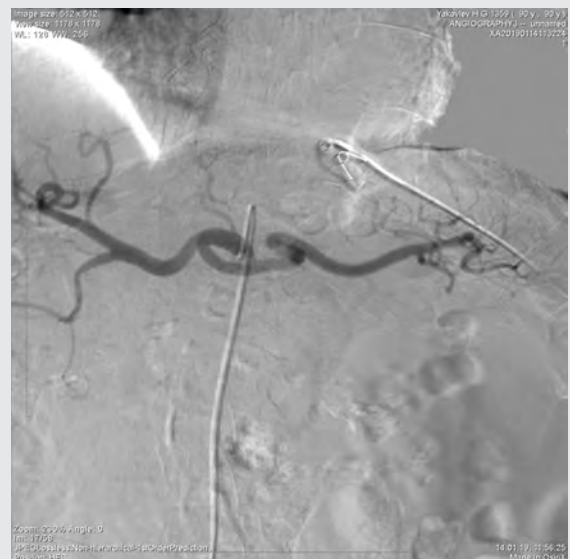


Рис. 1. Чревный ствол представлен селезеночной, общей печеночной и левой желудочной артериями



Рис. 2. Диагностический катетер селективно установлен в устье чревного ствола, левая желудочная артерия суперселективно катетеризована микрокатетером Progreat 2.7fr, далее произведена её эмболизация сферами 500–700 микрон



Рис. 3. Гастродуоденальная артерия суперселективно катетеризована микрокатетером Progreat 2.7fr, далее произведена её эмболизация сферами 500–700 микрон и спиралью Azur 6 мм/6 см



Рис. 4. На контрольных ангиограммах кровотоков по гастродуоденальной артерии замедлен, сосудистый рисунок резко обеднён

Успех составил 100 %- полная ангиографическая окклюзия сосудов. Зарегистрировано 0 % повторных кровотечений. Летальность составила 0 %.

На рисунках представлено рентгеноваскулярное лечение пациента с рецидивом кровотечения из язвенного дефекта по передней полуокружности с переходом на бульбодуоденальный переход размерами 2,5x 1,5 см. На 3-и сутки после госпитализации произведена суперселектив-

ная эмболизация левой желудочной артерии и гастродуоденальной артерии.

Вывод

Эндоскопическая остановка кровотечения с последующим рентген-эндоваскулярным вмешательством могут быть с успехом применены у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕМОБЛОК ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Миронов А. В., в. н. с., к. м. н.; Буданова М. Б., врач-эндоскопист; Тетерин Ю. С., зав. отделением, к. м. н., врач-эндоскопист;
Тверитнева Л. Ф., в. н. с., д. м. н.; Илюшников Е. О., врач-ординатор
Отделение неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии
Эндоскопическое отделение
ГБУЗ НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ

г. Москва

Актуальность

Проблема лечения гастроуденальных кровотечений различного генеза является достаточно актуальной. Сохраняется необходимость глубокого анализа, совершенствования существующих и разработки новых методов эндоскопического лечения данной категории больных.

Цель исследования

Оценить эффективность препарата Гемоблок у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии.

Материалы и методы исследования

В период с января по декабрь 2018 года в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского препарат Гемоблок был применен у 64 пациентов. Средний возраст пациентов составил 61 ± 19 лет (от 18 до 92 лет). Из них мужчин было 36 (56.25 %), женщин 28 (43.75 %). У 50 (78.13 %) пациентов препарат Гемоблок применялся однократно, у 14 (21.88 %) больных было многократное использование препарата (от 2 до 5).

При выполнении эзофагогастроуденоскопии на пораженную поверхность препарат наносился с помощью катетера, проведенного в инструментальный канал эндоскопа. Объем препарата варьировал от 3,0 до 20,0 мл (в зависимости от площади поражения).

При язвенных кровотечениях Гемоблок использовался в качестве заключительного этапа комбинированного гемостаза (первый этап — инфильтрация 0,01 % раствора адреналина, второй — аргонно-плазменная коагуляция). При диапедезных кровотечениях — как самостоятельный метод аппликационного гемостаза.

Как заключительный этап комбинированного эндоскопического гемостаза у пациентов с язвенными кровотечениями инстиляция препарата Гемоблок производилась у 24 больных (37.5 %): при продолжающемся кровотечении (по классификации Forrest 1a\1b) у 17 (70.83 %) пациентов и состоявшемся (Forrest 2 a\2b\2c) — 7 больных (29.17 %).

При диапедезном кровотечении у пациентов с эрозивными поражениями слизистой оболочки, с химическими

ожогами желудочно-кишечного тракта, при кровотечении опухолевой этиологии, контактной кровоточивости слизистой и повышенной кровоточивости тканей после взятия биопсии, инстиляция препарата Гемоблок применялась у 38 пациентов (59.4 %) как самостоятельный метод эндоскопического гемостаза. И в 2 случаях (3.1 %) препарат наносился на пораженную поверхность для профилактики рецидива кровотечения при состоявшихся эрозивно-язвенных кровотечениях без применения других методов гемостаза.

Результаты

У 19 больных (79.2 %) после комбинированного эндоскопического гемостаза при язвенных кровотечениях, где в качестве аппликационного метода гемостаза использовался Гемоблок, рецидивов кровотечения отмечено не было. У 5 пациентов (20.8 %) после гемостаза по поводу продолжающегося язвенного кровотечения (Forrest 1a), где также на заключительном этапе использовался Гемоблок, возникли рецидивы кровотечения. Во всех этих случаях повторный эндоскопический гемостаз с применением Гемоблока на заключительном этапе был эффективен. После применения препарата при диапедезных кровотечениях у пациентов с эрозивными, эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки, с химическими ожогами желудочно-кишечного тракта, при кровотечении опухолевой этиологии и кровотечениях после взятия биопсии рецидивов не было.

При повышенной контактной кровоточивости у пациентов с обширной площадью эрозивно-язвенных поражений при химических ожогах верхнего отдела желудочно-кишечного тракта было профилактически выполнено повторное нанесение препарата у 6 больных.

Заключение

Препарат Гемоблок оказался эффективным в 79.2 % случаев в качестве средства на заключительном этапе комбинированного эндоскопического гемостаза при язвенных кровотечениях. При кровотечениях диапедезного характера эффективность Гемоблока достигает 100 %.

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ: ШКАЛЫ GLASGOW-BLATCHFORD И ROCKALL И РЕАЛЬНОСТЬ

Молева О.А., Эпштейн А.М., Горяев П.Л., Тодрик А.Г., Тетерин А.Ю., Бородин В.В., Ищенко Н.В.
ГБУЗ АО "Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич", эндоскопическое отделение № 1.

г. Москва



■ Молева О.А.

Цель

Оценить возможность применения прогностических шкал для оценки риска кровотечения из эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ.

Материалы и методы

Был проведен ретроспективный анализ историй болезней всех пациентов с эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов ЖКТ и желудочно-кишечными кровотечениями, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГБУЗ АО "Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич" в 2015–2017 годах. В работу были включены 141 пациент, из них 87 мужчины (61,7 %) и 54 женщины (38,3 %) в возрасте от 20 до 91 года, средний возраст пациентов составил 61 год.

Для оценки тяжести состояния пациентов были использованы шкалы Glasgow-Blatchford и Rockall.

Результаты

Пациенты с эрозивно-язвенными поражениями составили 26,7 % (141 пациент) от общего количества поступивших больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (всего 529 человек).

Все пациенты с кровотечением из эрозивно-язвенных поражений были разделены на 3 группы в зависимости от риска развития повторного кровотечения по шкале Glasgow-Blatchford:

1 группа 0–1 балл — низкий риск необходимости вмешательства,

2 группа 2–5 баллов — средний риск необходимости вмешательства,

3 группа 6 и более баллов — высокий риск необходимости вмешательства.

У 60 % пациентов, у которых по данным шкалы Glasgow-Blatchford не требуется выполнение ЭГДС и которые могут быть выписаны на амбулаторное лечение (0–1 балл), были выявлены эндоскопические признаки или продолжающегося кровотечения, или высокого риска рецидива кровотечения, и у 20 % пациентов потребовался эндоскопический гемостаз. Эти цифры меньше аналогичных показателей в группах среднего и высокого риска (соответственно 72 % и 79 % поражений, классифицируемых Forrest I–IIb, и 68 % и 60 % выполненного гемостаза).

Все пациенты с кровотечением из эрозивно-язвенных поражений также были разделены на 3 группы в зависимости от риска развития повторного кровотечения по шкале Rockall:

Группа риска развития повторного кровотечения по шкале Glasgow-Blatchford	1 группа балл		2 группа 2–5 баллов		3 группа 6 и более баллов	
	10		18		113	
Тяжесть кровотечения при ЭГДС по классификации J. A. Forrest	F IA-IIb	F IIC-III	F IA-IIb	F IIC-III	F IA-IIb	F IIC-III
	6 (60 %)	4 (40 %)	13 (72 %)	5 (28 %)	89 (79 %)	24 (21 %)
Количество случаев проведения эндоскопического гемостаза	2 (20 %)	0	10 (55 %)	0	68 (60 %)	0
Количество случаев рецидива кровотечения	1 (1 %)	0	0	0	23 (20 %)	4 (3 %)

Группа риска развития повторного кровотечения по шкале Rockall	группа 0–3 балла		группа 4–7 баллов		группа 8 и более баллов	
	23		88		30	
Тяжесть кровотечения при ЭГДС по классификации J. A. Forrest	F IA-IIВ	F IIC–III	F IA-IIВ	F IIC–III	F IA-IIВ	F IIC–III
	6 (26 %)	17 (74 %)	75 (85 %)	13 (15 %)	27 (90 %)	3 (10 %)
Количество случаев проведения эндоскопического гемостаза	5 (22 %)	0	54 (61 %)	0	21 (70 %)	0
Количество случаев рецидива кровотечения	0	2 (9 %)	16 (18 %)	1 (1 %)	8 (26 %)	1 (3 %)

1. группа 0–3 балла — низкий риск смерти,
2. группа 4–7 баллов — средний риск смерти,
3. группа 8 и более баллов — высокий риск смерти.

При анализе данных использования шкалы Rockall видно, что в группе пациентов, которые могли бы быть выписаны на амбулаторное лечение сразу после выполнения ЭГДС, в 9 % случаев встретился рецидив кровотечения. А в группах среднего и высокого риска количество случаев эндоскопического гемостаза было на одинаково высоком уровне (61 % и 70 % соответственно, $p > 0,01$).

В 11 (7,8 %) случаях из 141 было проведено срочное оперативное лечение, в 8 случаях из которых оно было обусловлено невозможностью остановки кровотечения эндоскопическими методами при первичной ЭГДС либо при рецидиве кровотечения. По данным шкалы Glasgow-Blatchford все эти пациенты (100 %) имели высокий риск необходимости вмешательства, а по шкале Rockall у 45 % (5 пациентов) насчитывалось 8 и более баллов, т.е. высокий риск смерти.

Из всех случаев у пациентов с доброкачественными язвенными поражениями желудка наблюдалось 19 (13,5 %) летальных исходов, в 18 случаях обусловленных тяжелой соматической патологией. Из них по данным шкалы Glasgow-Blatchford 90 % (17 пациентов) имели > 6 баллов и 68 % (13 пациентов) по данным шкалы Rockall имели > 8 баллов.

Заключение

Эрозивно-язвенные поражения составляют значительную часть от всех случаев экстренных госпитализаций пациентов с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Применение шкал Glasgow-Blatchford и Rockall в нашем регионе при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта не позволяет с высокой степенью уверенности выделить пациентов, не нуждающихся в госпитализации, или тех, которые могут быть выписаны сразу после выполнения срочной ЭГДС. По нашим данным эти шкалы применимы для выявления наиболее тяжелых групп пациентов с высокой вероятностью необходимости эндоскопического или оперативного вмешательства и смерти.

КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЭНДОМИКРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Панченков Д. Н., д. м. н., проф. ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ
Сазонов Д. В., к. м. н., ФГБУ ФНКЦ ФМБА России
Сухих М. В., зав. отделением эндоскопии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ
Ленёва Я. М., врач-эндоскопист ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ

г. Москва

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Актуальность

Конфокальная лазерная эндомикроскопия (КЛЭМ)-новый высокотехнологичный метод визуализации (оптической биопсии) гистологического строения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВОЖКТ) в режиме реального времени. КЛЭМ используется для диагностики заболеваний ВОЖКТ, скрининга раннего рака и эпителиальных образований, определения места взятия прицельной биопсии, динамического наблюдения и контроля эффективности лечения больных.

Цель и задачи

Изучить эффективность КЛЭ при диагностике заболеваний ВОЖКТ и сравнить полученные результаты визуальной гистологии и морфологического исследования.

Материалы и методы

В отделении эндоскопии КМЦ МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России провели с ноября по декабрь 2018 года диагностические видеоэзофагогастродуоденоскопии 20 пациентам (из них 15 исследований проведено под внутривенной седацией) с применением видеоэндоскопической стойки FUJINON (Япония), видеоэндоскопической системы для конфокальной микроскопии Cellvizio серия 100, производства Mauna Kea Technologies (Париж, Франция). Для визуализации изображения использовался мини зонд GastroFlex UHD. Для получения высококонтрастного изображения, пациентам необходимо было внутривенное введение флуоресцина натрия 10 % – 5 мл. При применении, флуоресцина натрия 10 %- 5 мл, были отмечены кратковременные побочные эффекты в виде: пожелтения слизистых и кожных покровов, окрашивания мочи.

Применение внутривенной седации пропофолом при индивидуальном режиме дозирования, за счёт угнетения перистальтических и дыхательных движений, позволило улучшить качество конфокального изображения и снизить количество артефактов. Ход исследования записывали на электронный носитель. Всем пациентам после прове-

дения КЛЭМ выполнялась прицельная биопсия, для верификации эндоскопических диагнозов.

Результаты

Для оценки диагностического значения КЛЭМ сравнивались результаты визуального строения слизистой оболочки ВОЖКТ и результаты прижизненного гистологического исследования биопсийного материала. В результате этого анализа были выделены пять групп патологий ВОЖКТ:

- 1) хронический гастрит с кишечной метаплазией- в 6 наблюдениях,
- 2) хронический неатрофический гастрит- в 2 наблюдениях,
- 3) эрозивный гастрит- в 8 наблюдениях,
- 4) Пищевод Барретта — в 3 наблюдениях,
- 5) эпителиальное образование желудка (гиперпластический полип)- в 1 наблюдении.

Для анализа эндомикроскопической картины следует учитывать, что конфокальные изображения отличаются от традиционных гистологических препаратов: ориентация конфокальных оптических срезов имеет горизонтальное направление, параллельное поверхности эпителия, тогда как при традиционном гистологическом исследовании направление срезов продольное. Таким образом диагностическими критериями КЛЭМ были определены: расширение межклеточных пространств, архитектура сосудистого рисунка, архитектура крипт, неопластические изменения, наличие бокаловидных клеток.

Выводы

КЛЭМ высоко эффективный метод в диагностике заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в частности таких заболеваний, как хронический гастрит, эрозивный гастрит, пищевод Барретта, эпителиальные образования. КЛЭМ может применяться для оптимизации эндоскопических диагностических методик и уточнения диагнозов, уменьшая количество повторных биопсий и наблюдений. Однако говорить о повсеместном применении данного метода исследования в клинической практике рано, в связи со сложностью интерпретации полученных данных.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭРОЗИВНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В ОТДЕЛЕНИИ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Семенов В. В., к. м. н., зав. отделения эндоскопии
ГБУ «КОКБ»

г. Курган

Актуальность исследования

При эзофагогастродуоденоскопии у больных, с острыми нарушениями мозгового кровообращения, выявляется эрозивно-геморрагический гастрит, осложненный желудочно-кишечным кровотечением. Эрозивно-геморрагический гастрит возникает в следствии нарушения микроциркуляции слизистой. Это поверхностное поражение слизистой оболочки желудка, развивающиеся очень быстро, бывает разной интенсивности, что приводит к желудочно-кишечным кровотечениям. Несмотря на прогресс в диагностике, лечении данной патологии, проблема остаётся актуальной. Стандартом в лечении кровотечений является эндоскопический гемостаз. Существуют различные способы остановки кровотечения при диффузных поражениях слизистой оболочки желудка. К наиболее простому методу относится орошение кровоточащей поверхности лекарственными препаратами. Мы применяем раствор 1 % «Гемоблока», оказывающий местное кровеостанавливающее, бактерицидное и бактериостатическое действие.

Цель исследования

Раннее и своевременное выявление желудочно-кишечных кровотечений у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 57 историй болезни пациентов с эрозивно-геморрагическими гастритами, осложненными желудочно-кишечным кровотечением, проходивших лечение в неврологическом отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в ГБУ «Курганская областная клиническая больница» с 2015–2018 гг.

Первичная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) выполнена всем пациентам в течение

$0,30 \pm 1,3$ ч от момента начала кровотечения, при ее проведении оценивали источники, степени активности кровотечения по Forrest. Применяем видеогастроскопы Olympus с инструментальным каналом 2,8 мм, для проведения катетера. В качестве эндоскопического гемоста-



■ Семенов В. В.

за используем орошение эрозий раствором 1 % «Гемоблока», являющимся местным гемостатиком. «Гемоблок» образует сгусток с белками плазмы крови (главным образом альбумином) течение 1–2 мин. При образовании полимерного комплекса наступает гемостаз. Наночастицы серебра обладают выраженным бактерицидным действием в отношении большинства известных микроорганизмов. В его состав входит неполная серебряная соль полиакриловой кислоты, содержащая наночастицы серебра, это обуславливает выраженное бактерицидное и бактериостатическое действие.

Результаты исследования

В нашей клинике, в отделении с острыми нарушениями мозгового кровообращения, за последние три года мы наблюдали 57 больных, у которых обнаружили признаки желудочно-кишечных кровотечений. Среди них было 38(66 %) мужчин и 19(34 %) женщин. Больные были в возрасте от 39 до 82 лет, среднее значение возраста пациентов составило $61 \pm 1,1$ года. По возрастным группам больные распределились следующим образом: 39–44 года — 14, 45–59 лет — 12, 60–74 года — 22, более 75 лет — 9. У 92 % больных источником кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, являлся острый эрозивно-геморрагический гастрит, активности кровотечения по Forrest IIb. При первых признаках кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, проводилась ЭГДС и назначалась противоязвенная терапия. В 85 % случаях при эндоскопическом исследова-



нии, через катетер проведенный через инструментальный канал видеогастроскопа Olympus, производили орошение эрозии 1 % раствором «Гемоблока» в количестве 100мл. При неустойчивым гемостазе в 15 %, в течении первых суток, проводилось повторное орошение эрозий 1 % раствором «Гемоблока» в количестве 100мл. При контрольной ЭГДС в 100 % случаях кровотечение останавливалось, рецидивов не наблюдалось.

Выводы

Своевременное проведение ЭГДС с орошением эрозий раствором 1 % «Гемоблока» в количестве 100 мл и противоязвенная терапия у больных, проходивших лечение в неврологическом отделении с острыми нарушениями мозгового кровообращения, является простым и достаточно эффективным методом лечебного воздействия на кровоточащие эрозии.

РЕДКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ЭНДОСКОПИСТА

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ушаева Л. А., к. м. н., нач. кабинета эндоскопии консультативно-диагностического отделения
ФГКУЗ «2 Военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации»

г. Пятигорск

Актуальность

В настоящее время поздние формы сифилиса стали редкостью, что обусловлено не только сокращением заболеваемости, например, с прошлым веком, но и более широким применением антибиотиков при интеркуррентных заболеваниях. По данным многих авторов, жалобы, свидетельствующие о возможном специфическом поражении желудка, предъявляют 0,5–1 % больных сифилисом. Сифилис желудка у больных, заведомо страдающих этим заболеванием, часто просматривается и своевременно не диагностируется.

Цель наблюдения

Продемонстрировать редкий клинический случай сифилитического поражения желудка, вызвавший трудности при верификации диагноза.

Введение

Впервые сифилис желудка обнаружил Andral в 1834 г., а морфологические изменения в желудке описал H. Chiari в 1891 г. Поражение желудка может возникнуть на любой стадии сифилиса, чаще всего поражается антральный отдел желудка, реже тело и очень редко — кардиальный отдел. Преимущественное поражение антрального отдела объясняется щелочной реакцией желудочного сока, благоприятствующей оседанию и развитию в этом месте бледных трепонем. Однако патологический процесс иногда может захватывать весь желудок.

Морфологические изменения в желудке при сифилисе разнообразны, выявляются лимфоидные, плазматические, эпителиоидные клетки. И. И. Ильин и соавт. считают, что при трепонемной септицемии (во второй стадии специфического воспаления) розеолы, папулы и другие возникают не только на коже и видимых слизистых, но и на слизистой пищеварительного тракта, в том числе желудка. При третичном сифилисе встречаются диффузное разрастание гранулематозной соединительной ткани в желудке и как следствие ее сморщивание типа linitis plastica, специфические сифилитические гуммы (типичная гистологическая картина при расположении в желудке бывает реже, чем при локализации в других органах), и специфические изменения сосудов стенки желудка типа эндо- и перифлебитов, сопровождающихся очаговой инфильтрацией стенки и ведущих впоследствии к ее некротизированию и изъязвлению. Метод обнаружения бледных трепонем в слизистой оболочке желудка из числа методов определения специфичности его патологи-



■ Ушаева Л. А.

ческих изменений неинформативен у пациентов с активным сифилисом.

Клиническая картина сифилиса желудка не специфична и в значительной степени определяется характером местных специфических морфологических изменений в желудке, чаще всего протекает по одному из следующих вариантов: сифилитический гастрит, сифилис желудка, протекающий с симптомами язвенной болезни или под видом опухоли. Эндоскопически инфильтративная форма сифилиса желудка проявляется ограниченным плотным инфильтратом различных размеров с изъязвлениями, сифилитическая язва — одиночными или множественными неглубокими язвенными дефектами неправильной формы с четкими контурами различных размеров, дно покрыто опалово-желтым налетом, ригидность не характерна, перистальтика симметричная активная, при взятии биопсии тянется за биотомом, но фрагментируется, на фоне специфической терапии выражена лабильность эндоскопической картины.

Только на основании жалоб, данных эндоскопического исследования поставить или даже заподозрить диагноз этого заболевания невозможно. Однако у пациентов с соответствующим анамнезом, положительными специфическими серологическими реакциями и наличием симптомов, свидетельствующих о заболевании желудка, следует предположить сифилитическую природу поражения. Конечно, возможно простое сочетание двух заболеваний: сифилиса и эрозивного гастрита, язвенной болезни, рака желудка и т. д.

Лечение зависит в данном случае от причины поражения желудка.

Редкий клинический случай — сифилитическое поражение желудка у мужчины 27 лет.

Больной И., 27 лет, госпитализирован в инфекционное отделение с жалобами на выраженную слабость, пост-

янные боли в эпигастральной области, возникающие на фоне погрешности в питании, тошноту.

В анализе крови методом ИФА впервые обнаружены антитела к *Treponema pallidum*, ВИЧ (подтверждены методом иммуноблоттинга). Анализ крови на герпесвирусные инфекции методом ПЦР: ДНК ЦМВ, ВЭБ — не обнаружены. Анализ крови на Т-лимфоциты: CD 3+ лимфоциты $1529 \times 10^6/\text{л}$, CD 4+ лимфоциты $855 \times 10^6/\text{л}$. Анализ крови на А53 (RPR) — отрицательно. Эзофагогастродуоденоскопия: пищевод без изменений. Слизистая всех отделов желудка диффузно гиперемирована, отечна с усиленным рисунком желудочных полей, в нижней трети тела желудка по большой кривизне ограниченный участок изъязвленной слизистой в виде плоского инфильтрата до 6 см в диаметре без четких границ с неровной поверхностью и признаками кишечной метаплазии (биопсия), при взятии биопсии отмечается фрагментарность слизистой, выраженная кровоточивость. Двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: инфильтративное поражение нижней трети тела желудка (биопсия), возможно ассоциированное с *h.pylori*, ВИЧ. Гистологическое исследование биоптата желудка: умеренно выраженная лимфоплазмочитарная, гистиоцитарная и слабовыраженная нейтрофильная лейкоцитарная инфильтрация, очаговый фиброз, фовеолярная гиперплазия, очаговая умеренная дисплазия эпителия. Заключение: хронический фундальный гастрит со слабой активностью, очаговой умеренной дисплазией. Не исключено формирование тубулярной аденомы с интраэпителиальной неоплазией низкой степени. Эзофагогастродуоденоскопия в динамике: явления воспаления в желудке уменьшились, в нижней трети тела желудка ограниченный участок изъязвленной слизистой в виде плоского инфильтрата макроскопически не изменился, взята повторная биопсия. Заключение: инфильтративное поражение нижней трети тела желудка. Гистологическое исследование биоптата желудка: умеренно выраженная лимфоплазмочитарная и гистиоцитарная инфильтрация, фовеолярная гиперплазия. По краю одного из биоптатов мелкий фокус с нарушением архитектоники слизистой за счет формирования железисто-альвеолярных структур с умеренным клеточным полиморфизмом и митозах в эпителиоцитах. Заключение: нейроэндокринная опухоль нижней трети тела желудка? Хронический фундальный неактивный гастрит с фовеолярной гиперплазией.

После специфического лечения выполнена контрольная гастроскопия, при которой отмечена явная положительная динамика: в нижней трети тела желудка почти полностью исчезла подслизистая инфильтрация, стенки эластичны. При гистологическом исследовании обнаружена гиперплазия и перестройка желез, атипичных клеток не найдено.

Обсуждение

Описанный клинический случай можно назвать примером тесного сотрудничества клиницистов, эндоскопистов и морфологов. Несмотря на не типичное гистологическое описание микропрепаратов, заключение о сифилитическом поражении желудка не было сразу установлено. Обратило на себя внимание заключение морфологов на тубулярную аденому с неоплазией низкой степени, подозрение на нейроэндокринную опухоль, однако при повторных эндоскопических исследованиях наблюдалась положительная динамика выявленных изменений на фоне проводимой специфической терапии. Инфильтративное поражение желудка на фоне выраженной воспалительной инфильтрации затрудняло морфологическую верификацию и стало причиной ложноотрицательного результата биопсийного материала.

Таким образом, основой диагноза именно сифилитического поражения желудка составляет анамнез и данные специфических серологических исследований, поэтому в таких случаях оптимальным является проведение нескольких эндоскопий с забором материала для морфологического исследования. Диагностический поиск затрудняла обнаруженная впервые у больного ВИЧ-инфекция, при которой также возможно изменение слизистой желудка. Проведенные дополнительные серологические методы исследования, макро- и микроскопический характер изменений слизистой желудка поставил под сомнение ВИЧ-ассоциированное поражение желудка и подтверждал связь выявленных изменений слизистой оболочки с оппортунистической инфекцией, в данном клиническом случае — сифилисом.

Выводы, которые следует извлечь из данного клинического наблюдения.

1. Сифилитическое поражение желудка может иметь двойную трактовку результатов морфологического исследования.
2. Инфильтративное поражение желудка на фоне выраженной воспалительной инфильтрации затрудняет морфологическую верификацию и может быть причиной ложноотрицательного результата биопсийного материала.
3. Выраженная инфильтрация плазматическими клетками с положительной серологической реакцией на сифилис, лабильность эндоскопической картины указывает на инфекционное поражение желудка.
4. Интерпретация результатов эндоскопического исследования в данной клинической ситуации должна проводиться в контексте основного заболевания.
5. Всем пациентам перед проведением эзофагогастродуоденоскопии рекомендовать проведение комплекса серологических реакций на сифилис.

СФИНКТЕР ЗОЛОТОГО СЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДКА

Шишков А.С., к.м.н., зав. эндоскопией городской клинической инфекционной больницы

г. Минск, Беларусь

В эпоху Ренессанса среднее пропорциональное отношение называли Божественной пропорцией. Леонардо да Винчи дает ей название «золотое сечение». Пифагор, Платон и Евклид считали Золотое Сечение числом, лежащим в основе Мироздания.

Золотое Сечение — это такое пропорциональное деление отрезка на неравные части, при котором весь отрезок так относится к большей части, как сама большая часть относится к меньшей. В процентном отношении это соответствует 62 %:38 % и выражается коэффициентом или числом 1,618. Закону Золотого Сечения, то есть абсолютной гармонии, подчиняется не только Макрокосм, но и Микрокосм, в том числе и человек, его системы и внутренние органы. С рождения человеку предписано находиться в гармонии с собой и с внешним миром. Как только эта гармония нарушается, у человека начинаются всевозможные проблемы, в том числе и со здоровьем. Болезнь и есть не что иное, как отклонение от классических пропорций. При изучении различных размеров человеческого тела и его частей также обнаружено широкое представительство данной пропорции, которая составляет у мужчин — 1,625, у женщин — 1,6. У новорожденных это соотношение равно 1:1 и с возрастом постепенно приближается к указанной величине.

К сожалению, в доступной медицинской литературе мало встречается публикаций посвященных этой проблеме.

Цель работы: выявить эндоскопические признаки проявления Золотого Сечения(ЗС) в желудке.

Материал и метод

Обследовано эндоскопически 97 пациентов с фиксацией признаков проявления ЗС в желудке.



■ Шишков А.С.

Известно, что размеры желудка варьируют от 18 до 26 см, в среднем 22 см. Для примера мы использовали эту цифру. Учитывая, что точка ЗС находится на границе 62 % и 38 %, то у желудка она должна находиться на расстоянии 13,6 см от кардиального сфинктера. Нам известно, что ЗС выражается числом 1,618... и получается из равенства соотношений Целого к Большему и Большого к Меньшему. В этом примере Целое это общая длина желудка — 22 см, Большая часть — 13,6 см и Меньшая — 8,4 см. Соотношение $22,0:13,6 = 13,6:8,4$, что соответствует $1,618 = 1,619$. Если рассматривать желудок в трехмерном измерении, сверху вниз, то его форма укладывается в «спираль золотого сечения». Мы остановимся на линейном измерении.

Преимуществом эндоскописта является то, что он работает с активным желудком и имеет возможность наблюдать желудок в его различных фазах деятельности в отличии от «поднаркозного» или «изолированного» желудка. Так как пустой желудок принимает плоскоизогнутую или спиралевидную форму, то в проекции ЗС мы имеем не точку, а линию или окружность, которая хорошо видна во время эндоскопического исследования. При введении эндоскопа в пищевод и продвигая его без активного на-



Фото 1



Фото 2



Фото 3



Фото 4

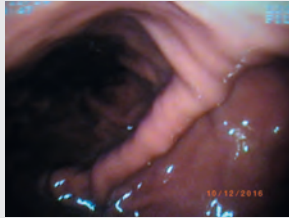


Фото 5

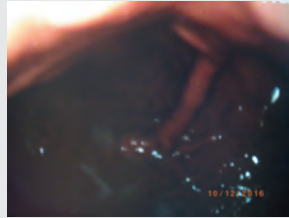


Фото 6



Фото 7

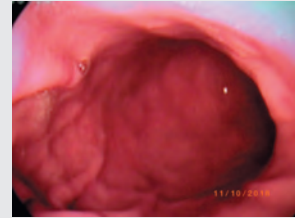


Фото 8

гнетания воздуха (это важно), а затем в желудок, мы видим картину (Фото 1) характерную для сфинктера — поперечно-овальную с утолщенными, губовидной формы краями окружность, которая охватывает стенки желудка и разделяет его на два отдела: верхний и нижний, или проксимальный и дистальный, или кислотный и щелочной. Указанный сфинктер проходит по линии ЗС, поэтому назван СЗС. По нашим наблюдениям он может быть: поперечный, поперечно-косой, круглый и спиралевидный. По выраженности: незначительно выраженный (1-степень), умеренно выраженный (2 степень), и выраженный (3 степень). На фото 2–6 показан СЗС 3 степени выраженности, поперечно-косой в фазах раскрытия. На фото 7–8 показана круглая форма СЗС. При постепенном нагнетании воздуха СЗС расширяется, желудок выпрямляется и за сфинктером раскрывается нижний или щелочной отдел. В это время происходит смешение соков кислотного и щелочного отделов. В обычном состоянии СЗС сомкнут и смешивание содержимого кислотного и щелочного отделов происходит частично, дозированно через частичное раскрытие сфинктера со стороны малой кривизны в зоне «желудочной дорожки» Вальдейра.

По данным литературы, сфинктер(sphincter)«сжимаю» — определяется как клапанное устройство регулирующее переход содержимого из одного органа организма в другой (или из одной части

трубчатого органа в другую). Большинство сфинктеров состоит из гладких мышц и являются произвольными, управляемыми. Меньшинство сфинктеров построено из поперечно-полосатой мышечной ткани. Такие сфинктеры являются произвольными, управляемыми. Представленный Сфинктер Золотого Сечения соответствует литературным определениям сфинктера и относится к произвольным, управляемым.

Выводы

1. СЗС существует для регулирования физиологических процессов происходящих в желудке.
2. СЗС делит желудок на два отдела:
 - а) Кислотный (проксимальный, верхний)
 - б) Щелочной (дистальный, нижний).
3. СЗС относится к произвольным и регулирует кислотно-щелочное равновесие в желудке.
4. Регулирует дозированное поступление пищи из кислотного в щелочной отдел желудка.
5. Регулирует внутрижелудочное давление.
6. Участвует в возникновении заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
7. С позиций СЗС можно объяснить механизм возникновения симптомов желудочных заболеваний.
8. СЗС классифицируется по форме, выраженности и протяженности.

ОПЫТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАННЕЙ ФОРМОЙ РАКА ЖЕЛУДКА

Юсупов И. М., врач-онколог/эндоскопист

Важенин А. В., гл. врач, академик РАН, засл. врач РФ, проф., д. м. н., зав. каф. онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО Южно-уральского государственного медицинского университета

Кулаев К. И., зав. эндоскопическим отделением, врач-онколог/эндоскопист

Зуйков К. С., врач-онколог/эндоскопист

Пушкарев Е. А., врач-онколог/эндоскопист

Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины

г. Челябинск

Введение

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России рак желудка занимает 4 место у мужчин (7,9 %) и 5 место у женщин (5,2 %). I-стadium болезни диагностированы у 9,9 % II стадия — 22 % III стадия — у 26,2 % IV стадия — у 42,4 % [2]. Хотелось бы обратить внимание на выявляемость заболевания на I стадии: это всего лишь 9,9 %. Часто злокачественные опухоли диагностируют у людей старше 60 лет. В этой группе лиц преклонного возраста достаточно нередко имеют выраженную сопутствующую патологию, исключающие возможность выполнения хирургической операции, что диктует необходимость разработки новых методов функционально-щадящего и органосохраняющего лечения. Для этой категории пациентов все шире используют новые методы лечения, к которым относится эндоскопическая внутрипросветная ФДТ. Фотодинамическая терапия (ФДТ) — это эффективный, зарекомендовавший себя метод противоопухолевой терапии. Метод ФДТ основан на избирательном накоплении в опухолевой ткани фотосенсибилизаторов, способного при локальном воздействии света определенной длины волны, соответствующей максимуму его поглощения, генерировать цитотоксический агент, вызывающий повреждение структурных элементов опухолевой ткани, здоровые клетки и ткани при этом повреждаются в меньшей степени.

Материалы и методы

На базе «Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины» в период с 2014 года по 2017 год 4 пациента, у которых была верифицирована ранняя форма злокачественное новообразование желудка T1N0M0. Данным пациентом невозможно было выполнить хирургическое вмешательство в связи с тяжелой сопутствующей патологией и преклонным возрастом. Решением консилиума данным пациентам в качестве метода лечения выполнена фотодинамическая терапия. Данной группе пациентов было проведено 43 сеанса фотодинамической терапии. Сеансы проводились в услови-

ях эндоскопического отделения под местной анестезией. За 2,5–3 часа до лечения пациентам вводился фотосенсибилизатор, из расчета дозы 1,4–2,1 мг/кг массы тела, использовались фотосенсибилизаторы «фотолон» и «радохлорин». Использовались лазерные установки «лахтамилон» и «латус» с длинной волны лазерного излучения 662 Нм, выходной мощностью дозы 0,6–1,2 Вт при этом плотность лазерного облучения составляла 200–300 Дж/см². Облучение проводилось путем подведения гибкого моноволоконного кварцевого торцевого световода диаметром 400 или 600 мкм или световода с микролинзой на конце. Оценка эффекта ФДТ через 4–5 недель Пациенты выписывались из стационара с рекомендациями о ФГС контроле через 1 мес.

Результаты

Разберем каждого пациента на основе клинических примеров.

Пациентка № 1. Пациентка Н., 1925 г.р. с диагнозом Рак средней трети желудка. Проходила лечение с декабря 2014г, гистологический вариант опухоли — аденокарцинома высокой степени дифференцировки. В период с декабря 2014 по август 2016 было проведено 8 сеансов ФДТ. В процессе лечения в 2015 году был диагностирован рак большого дуоденального сосочка. Данные сведены в табл. 1.

Первоначально у данного пациента в теле желудка визуализировалось округлой формы полиповидное новообразование диаметром 7 мм., проведена фотодинамическая терапия. В процессе лечения уже после 1 сеанса ФДТ мы отмечаем эндоскопическую резорбцию опухоли с формированием белого рубца слизистой в течении 5 сеансов отмечалось резорбция процесса в желудке. К сожалению на 3 сеансе был выявлен рак БДС но резорбция опухоли желудка на этом фоне сохранялась. На протяжении 3 сеансов нам удалось достичь стабилизации опухоли БДС. Хотелось бы отметить что только после 6 сеанса (спустя 14 мес) выявлены признаки рецидива опухоли желудка. На 7 сеансе было выявлено прогрессирующим

Табл. 1. (Пациентка Н.)

Сеанс 1	Контроль	Сеанс 2	Контроль	Сеанс 3	Контроль	Сеанс 4	Контроль
10.12. 2014D = 0,7 см	белый рубец- резорбция	24.04. 2015 г. белый рубец	белый рубец резорбция	08.07. 2015 белый рубец Был выявлен рак БДС	резорбция в желудке	16.09.2015 белый рубец	белый рубец резорбция желудок, БДС стабилизация
Сеанс 5	Контроль	Сеанс 6	Контроль	Сеанс 7	Контроль	Сеанс 8	
02.11. 2015 г. белый рубец	белый рубец резорбция желудок БДС стаб-я	10.02. 2016 г. Признаки рецидиважелудок d=1,0 см, БДС стаб-я	прогрессия желудок 1,2 см, БДС прогрессия	04.07.2016 прогрессия желудок до 2,5 см, БДС прогрессия	стабилизация желудок до 2,5 см, БДС стаб-я	30.08.2016стабилизация желудок до 2,5 см, БДС стаб-я	

Табл. 2. (Пациентка М.)

Сеанс 1	Контроль	Сеанс2	Контроль	Сеанс3	Контроль	Сеанс4	Контроль	Сеанс 5	Контроль	Контроль
08.02.2016 смешанное до 2,5 см в диаметре	Резорбция	7.04.2016 белый рубец слизистой, до 2,5 см	ре- мис- сия	20.06.2016 рубец 2,5 см ремиссия	Ремиссия	25.08.2016 рубец 2,5 см ремиссия	Ремиссия	02.11.2016 рубец 2,5 см ремиссия	04.2017 Ремиссия	09.012018 Ремиссия

Табл. 3. (Пациент П.)

Сеанс 1	Контроль	Сеанс 2		Контроль	Сеанс 3	Контроль	Сеанс 4	Контроль
04.02.2016 язвенный дефект до 2,0 см в диаметре	Резорбция	23.03.2016 звездчатой формы участок конвергенции складок слизистой до 0,8 см в диаметре.		Частичная резорбция	27.04.2016 звездчатой формы участок конвергенции складок слизистой до 0,8 см в диаметре.	Частичная резорбция	14.10.2016 округлой формы язвенный дефект овальной формы до 0,3 см в диаметре	Ремиссия
Сеанс 5	Контроль	Сеанс 6		Контроль	Сеанс 7	Контроль		
22.12.16 округлой формы язвенных дефектов овальной формы до 0,3 см в диаметре	Ремиссия	25.01.17 звездчатой формы участок конвергенции складок слизистой до 0,5 см в диаметре в центре которого визуализируется участок грануляций тускло- розового цвета полиповидной формы до 0,2 см в диаметре.		Ремиссия	20.03.17 щелевидной формы, не глубокий язвенный дефект до 0,7 см в длину с ровным дном покрытый тонкой полоской фибрина.	Рецидив		

процесса в желудка и БДС. На 8 сеансе отмечена стабилизация процесса.

Пациентка умерла в февраля 2017 года. Причина смерти по статической карте с места жительства рак желудка.

Пациентка № 2 Пациентка М., 1935 г.р. с диагнозом

Рак нижней трети желудка. Начало лечения февраль 2016 года. Гистологический вариант опухоли аденокарцинома. Всего проведено 5 курсов ФДТ по настоящее время. При контроле от 04.2017 Ремиссия. При контроле от 09.01.18 Ремиссия.

Табл. 4. (Пациент Ш.)

Сеанс 1	Контроль	Сеанс 2	Контроль	Сеанс 3	Контроль
ноябрь 2016 Плоское новообразование размерами 0,8x1,0 см	Резорбция	19.12.2016 В верхней трети тела желудка, по задней стенке, визуализируется участок измененной слизистой размерами 0,5x0,7 см	Ремиссия	11.04.17 В верхней трети тела желудка, по задней стенке, визуализируется участок измененной слизистой размерами 0,5x0,5 см	Ремиссия

Первоначально у данного пациента в нижней трети желудка визуализировалось смешанной формы новообразование до 2,5 см в диаметре. Было принято решение о проведении фотодинамической терапии. На контроле осмотре уже после первого сеанса отмечена резорбция опухоли с формированием звездчатого рубца слизистой. На протяжении всего курса лечения отмечена ремиссия процесса.

Пациент № 3. Пациент П. 1943 г.р. с диагнозом: рак нижней трети желудка. Начало лечения — февраль 2016 года. Гистологический вариант опухоли — аденокарцинома умеренной степени дифференцировки. Всего проведено 7 курсов ФДТ по настоящее время. На контрольном осмотре 20.03.2017 — продолженный рост.

Первоначально у данного пациента в нижней трети желудка отмечен язвенный дефект до 2,0 см в диаметр. Проведена фотодинамическая терапия. В процессе лечения уже после первого сеанса отмечается резорбция опухоли с формированием участка конвергенции звездчатой формы до 2 мм. При последующем контроле и проведении сеансов ФДТ в течении 6 сеансов отмечено ремиссия опухоли, при которой визуализируется язвенный дефект до 0,3 см. И только при контроле на 7 сеансе ФДТ выявлен рецидив новообразования (спустя 13 месяцев.) Дальнейшая судьба неизвестна (по барсу май 2017).

Пациент № 4. Пациент Ш., 1943 г.р., с диагнозом: рак верхней трети желудка. Начало лечения — ноябрь 2016 года. Гистологический вариант опухоли — аденокарцинома высокой степени дифференцировки. Всего проведено 3 курса ФДТ по настоящее время.

При первом сеансе у пациента отмечается плоское новообразование размерами до 1,0 см. (аденокарцинома высокой степени дифференцировки) При последующих сеансах и контроле ремиссия опухоли.

Первоначально у данного пациента в верхней трети желудка определяется плоское новообразование до 1,0 см. Проведена фотодинамическая терапия. В процессе лечения на 1 контрольном обследовании определяется резорбция опухоли. В течении 3 сеансов отмечается ремиссия опухоли. В настоящее время судьба неизвестна. (па барсу последняя госпитализация 5 апреля 2017)

Средний возраст пациентов составил $80,5 \pm 8,5$ лет.

При анализе итоговой таблицы обращает на себя внимание то, что в 75 % случаев нам удалось достичь резорбции опухоли. Всего нами было пролечено 2 мужчин и 2 женщин. Возраст на момент лечения от 74 до 91 года. Средний возраст $80 \pm 8,5$ лет. Причиной отказа от хирургического лечения у всех пациентов была выраженная сопутствующая патология. Во всех случаях опухоль располагалась в теле желудка в разных его отделах. Размеры опухоли по данным ФГС составляли от 0,5 до 2,5 см. По гистологической характеристике во всех случаях была верифицирована аденокарцинома. Во время проведения всех сеансов ФДТ не было отмечено клинически значимых осложнений. В ходе проведенной нами эндоскопической внутрипросветной фотодинамической терапии. Нам удалось достичь следующих результатов. 3 пациента полная резорбция опухоли. 1 пациент — безрецидивный период течение опухолевого процесса составил 23 мес. 1 пациент стабилизации процесса 12 мес.

Заключение

Метод внутрипросветной ФДТ является эффективным методом лечения больных ранним раком желудка, в случаях невозможности проведения радикального хирургического лечения у пациентов с выраженной сопутствующей патологией. ФДТ безопасный метод лечения, осложнений нами не было выявлено, имеет возможность проводить повторные сеансы в случае рецидива заболевания.

Итоговая таблица

Пациенты	Резорбция	Стабилизация Процесса	Время до рецидива	Продолженный рост	Время стабилизации	Общее время лечения
Г.	+		14 мес 2 нед.	-	-	21 мес 2 нед.
М.	+	-	-	-	23 мес.	23 мес.
П.	-	+	-	+	12мес	15 мес 3 нед.
Ш.	+	-	-	-	6 мес	6 мес.

ОПЫТ УСТАНОВКИ НАЗОГАСТРАЛЬНОГО ЗОНДА В УСЛОВИЯХ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Яременко С. А., врач-эндоскопист, врач-хирург, отделение внутрисветовой эндоскопической диагностики и хирургии
Алексеева О. В., зав. отделением внутрисветовой эндоскопической диагностики и хирургии
Бабюк П. А., врач-эндоскопист; Добрава С. Н., врач-эндоскопист; Егорова Е. В., врач-эндоскопист; Тимофеева Е. А., врач-эндоскопист
Отделение внутрисветовой эндоскопической диагностики и хирургии
Мавлютов И. И., врач-онколог, хирургическое отделение опухолей головы и шеи
АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ ЧР

г. Чебоксары



■ Яременко С. А.



■ Алексеева О. В.



■ Бабюк П. А.



■ Добрава С. Н.



■ Егорова Е. В.



■ Тимофеева Е. А.

Цель работы

Определить эффективность применения назогастрального зонда в условиях медицинского учреждения онкологического профиля.

Материал и методы

В период с января 2016 года по февраль 2019 года в АУ «Республиканский Клинический Онкологический Диспансер» МЗ ЧР г. Чебоксары установка назогастрального зонда выполнена 92 пациентам. Из них: 24 случая в 2016 году, 22 случая в 2017 году, 43 — в 2018 году и 3 случая — в январе 2019 года.

В большинстве случаев алгоритм установки зонда включал: введение через носовой ход назального гастроскопа или бронхоскопа в желудок, затем через инструментальный канал аппарата в просвет желудка вводился проводник, по которому собственно и устанавливался назогастральный зонд. Затем зонд фиксировался бинтом за ухом пациента. Важно: в каждом случае объяснять правила питания через зонд, чтобы не засорить его твердой или густой пищей. Примерно в 1 случае на 6–7 происходило засорение зонда и приходилось устанавливать новый.

Все случаи, когда возникала необходимость установки назогастрального зонда, сгруппированы и разделены на следующие категории:

А. Послеоперационный период пациентов в хирургическом отделении опухолей головы и шеи (основная цель установки зонда — исключить инфицирование послеопе-

рационной раны пищевым комком, чтобы не произошло ее нагноения и расхождения швов):

1. Все операции в полости рта:

- резекция слизистой в полости рта;
- резекция нижней губы;
- резекция мягкого неба;
- гемиглосэктомия (резекция языка);
- резекция нижней челюсти — во всех этих случаях зонд устанавливается на срок от 7 до 14 суток.

2. Ларингэктомия: т.к. удаляется гортань и пищевод подшивается к глотке, цель установки зонда та же, что и указано выше, но зонд устанавливается на 14 суток.

Б. Послеоперационный период пациентов в хирургическом отделении торакоабдоминальной онкологии: за 2018 год случай установки назогастрального зонда единственный — с целью разгрузки гастроэнтероанастомоза в раннем послеоперационном периоде.

В. Оказание помощи пациентам отделения паллиативной медицинской помощи.

В условиях отделения данного профиля основная цель при установке зонда — наладить питание у инкурабельных пациентов:

- при переходе онкопатологии с гортано-, рото-, носоглотки на пищевод;
- метастатическое поражение пищевода и др., при которых создаются условия нарушения самостоятельного прохождения пищи на уровне глотки или устья пищевода.

Г. Амбулаторная установка зонда (самая немногочисленная группа; как правило — отдаленные осложнения) — единичные случаи:

1. У пациента после ларингэктомии в отдаленном послеоперационном периоде убрали голосообразующий аппарат из-за смещения, что осложнилось местным кровотечением, после этого для улучшения заживления установлен питательный зонд.

2. Так же, в отдаленном п/о периоде после ларингэктомии из-за выпадения зонда обратилась пациентка с наличием фарингостомы и трахеостомы — зонд установлен в пищевод через фарингостому.

Результаты

Во всех описанных случаях назогастральный зонд выполнял свои основные функции — обеспечение питания пациента в случае оказания ему паллиативной медицин-

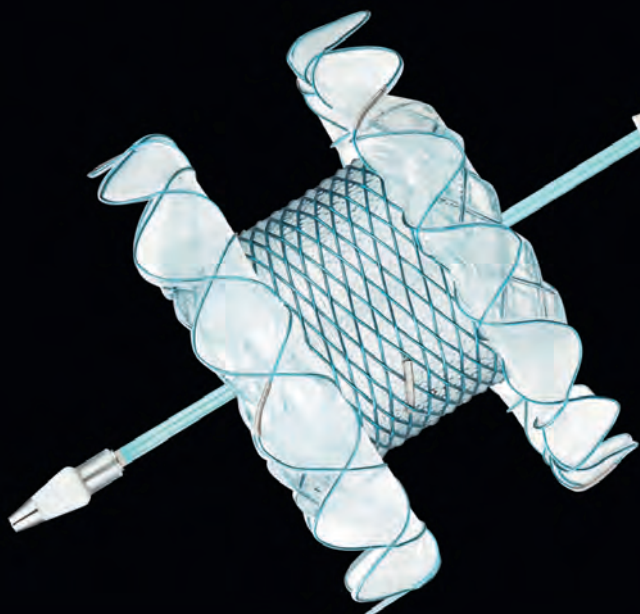
ской помощи, исключение вероятности инфицирования послеоперационной раны при лечении опухолей полости рта и ларингэктомии.

Вывод

Установка назогастрального зонда является эффективным и малоинвазивным методом вмешательства при решении вопросов восстановления питания у неоперабельных онкобольных, когда нарушается акт глотания и затрудняется или исключается самостоятельное прохождение пищи в пищевод; так же, назогастральный зонд является эффективной мерой профилактики инфицирования послеоперационных ран при хирургическом лечении опухолей полости рта и ларингэктомии; может использоваться для разгрузки в раннем послеоперационном периоде при наложении желудочно-кишечных анастомозов.



TaeWOONG
NITI-S™



SPAXUS™

 Medi-Globe®

 SonoTip®
Pro Control

 SonoTip®
EBUS Pro



 SMT®

ООО Группа Компаний СМТ
Москва, ул. Кастанаевская, д.14
Тел: +7 (495) 737 33 22
E-mail: info@smtgroup.ru
Сайт: smtgroup.ru



актуальные вопросы
эндоскопии
Санкт-Петербург

ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНАЯ ЭНДОСКОПИЯ

10-я Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ





Стенты САМОРАСШИРАЮЩИЕСЯ Все виды и формы

В наличии на складе в Санкт-Петербурге



...all you need for endoscopy!

Производитель: ООО «Эндо Старс»
Россия, г. Санкт-Петербург,
ул. Большая Монетная, 27а
8 (800) 555-56-57 – звонок бесплатный
+7 (812) 600-25-26, e-mail: info@endo-stars.ru

MADE
IN
RUSSIA
www.endo-stars.ru

EndoStars[®]
...all you need for endoscopy!

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА «BOUVERET»

Барилко Е. В., врач-хирург, эндоскопист
Жданов А. В., врач-хирург, эндоскопист
Копалин А. А., зав. отделением хирургии, врач-хирург
ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница № 2 им Н. А. Семашко»

г. Самара

Введение

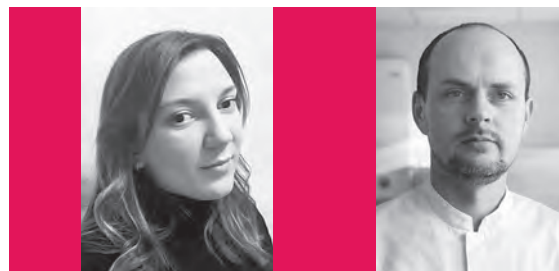
Синдром «Bouveret» — редкая форма кишечной непроходимости. Характеризуется обтурацией выходного отдела желудка или области двенадцатиперстной кишки желчным камнем, вследствие формирования билиодигестивного свища соответствующих отделов ЖКТ. В 68 % случаев свищ формируется между желчным пузырем и ДПК, реже между желчным пузырем и желудком или толстой кишкой. Встречается в 0,3–0,5 % случаев осложнений желчнокаменной болезни и в 1–4 % случаев тонкокишечной непроходимости. Характерная клиническая картина — появление признаков высокой (дуоденальной или тонкокишечной) обструктивной непроходимости желудочно-кишечного тракта. Летальность после хирургического лечения с извлечением конкремента составляет около 12 %, после расширенного вмешательства — до 30 %. Основные трудности дооперационного этапа — правильная диагностика.

Цель

Демонстрация возможностей внутриспросветной эндоскопии в диагностике и лечении дуоденальной непроходимости, обусловленной обтурацией ЛДПК конкрементом желчного пузыря

Материалы и методы

Пациент А., 81 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, многократную рвоту. Из анамнеза: более 20-ти лет страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом. Вышеуказанные жалобы беспокоили в течении 5-ти дней. Появление болей ни с чем не связывает. При объективном осмотре: язык сухой, обложен налетом белого цвета, живот умеренно вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Щеткина-Блумберга — отрицательный. В день поступления выполнена эзофагогастродуоденоскопия. В ходе исследования выявлено большое количество застойного содержимого с примесью пищи в желудке. Луковица ДПК осмотру полноценно не доступна из-за наличия в ней инородного тела (предположительно ка-



■ Барилко Е. В.

■ Жданов А. В.

мень желчного пузыря). Образование аппаратом смещается в пределах луковицы с трудом. При пальпации инструментом определяется повышенная плотность. Попытки захватить конкремент корзинкой безуспешны из-за невозможности раскрытия корзины в просвете кишки. Конкремент плотно расположен в ЛДПК (Рис. 1). Учитывая экстренный характер обращения пациента, с целью декомпрессии желудка, питания, а также дообследования больного, принято решение о заведении назогастрального зонда за конкремент в постбульбарный отдел ДПК.

Под контролем эндоскопа и рентгеновского аппарата проведена струна проводник с атравматичным кончиком длиной 5 см в залуковичный отдел ДПК. Далее по струне проводнику проведен назогастральный зонд, таким образом, чтобы боковые перфорации зонда находились в желудке и ДПК. Это позволит эвакуировать желудочное содержимое в нижележащие отделы пищеварительного тракта.

После установки назогастрального зонда проведено комплексное дообследование пациента, а также начато активное питание больного через зонд. Через двое суток проведено повторное эндоскопическое исследование. Желудочный зонд удален. Эндоскоп проведен в ЛДПК, предприняты многочисленные попытки удаления конкремента с помощью корзинки Дормиа для литотрипсии диаметром 3 см (Рис. 2). Полноценно выполнить захват конкремента желчного пузыря извлечь его не удалось в связи с большим размером последнего (диаметром

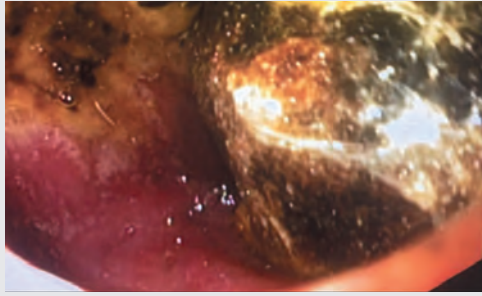


Рис. 1. Конкремент в просвете ЛДПК

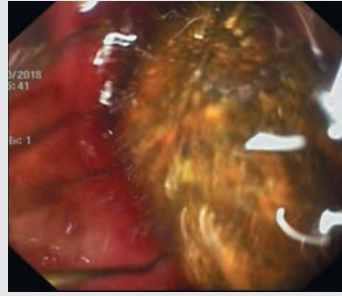


Рис. 2. Захват конкремента корзиной Дормия

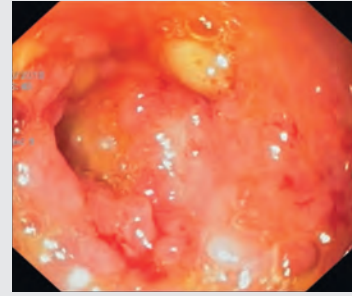


Рис. 3. Просвет желчного пузыря. Вид из ДПК

около 3–3,5 см) и недостаточностью места для полноценного открытия корзины. В результате удалось вывести конкремент из области холецистодуоденального свища в просвет кишечника. Конкремент низведен в дистальные отделы ДПК и тонкого кишечника. Далее произведен осмотр просвета желчного пузыря через свищевой холецистодуоденальный свищ (Рис. 3). Признаков перфорации органа и кровотечения не выявлено. Таким образом, удалось разрешить острую дуоденальную непроходимость

при помощи внутрисветной эндоскопии и избежать нежелательных последствий.

Заключение

Эндоскопические вмешательства являются перспективными методами в лечении и диагностике синдрома «Bouveret». Они позволяют диагностировать патологию на дооперационном этапе, а также улучшить результаты лечения, снизить частоту летальных исходов.

ВОЗМОЖНОСТИ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Балалыкин А. С., проф., вице-президент Российского общества эндоскопических хирургов, г. Москва
Камалов А. А., академик РАН, проф., директор клиники, МНОЦ МГУ им. Ломоносова, г. Москва
Оразалиев Г. Б., врач, ГКБ г. Беруни
Юсупова Х. И., зав. отделением эндоскопии, МНОЦ МГУ им. Ломоносова, г. Москва
Вербовский А. Н., врач, эндоскопическое отделение ГКБ 36 ДЗМ, г. Москва
Барбадо П. А., врач, эндоскопическое отделение МНОЦ МГУ им. Ломоносова, г. Москва
Гвоздик В. В., зав. отделением эндоскопии ГКБ, г. Реутов
Муцуров Х. С., хирург, ЧГУ, г. Грозный

Синдром Мириizzi (СМ) — редкое осложнение желчнокаменной болезни, субстратом которого является нарушение желчеоттока, вызванное обструкцией камнями внепеченочных желчных протоков. Его частота составляет 0,8–3,5 % по данным литературы. Эффективность чреспапиллярных вмешательств (ЧПВ) в диагностике и лечении СМ — дискуссионная проблема, являющаяся предметом данного сообщения.

Материал и методы

Работа основана на опыте диагностики и лечения 9 больных с синдромом Мириizzi, частота которого составила 1,65 % на 424 ЭРХГ в 2004–2006 гг.

Результаты и их обсуждение

Классификации СМ разнообразны, и основаны, в большинстве своем, на степени и характере разрушения стенок общего желчного протока. Сдавление различных отделов гепатикохоледоха при ЭРХГ мы считаем спорным симптомом СМ, так как «сдавление», «оттеснение» протоков и др. могут присутствовать при других заболеваниях (острый холецистит, опухоли). Выделение же острой формы 1 типа СМ на наш взгляд уводит от понимания сущности патологического процесса.

В нашем исследовании, пузырно-общепеченочный свищ в 1–2 см от бифуркации печеночных протоков имел место у 6 больных, а у 1 свищ располагался между пузырным и общим печеночным протоком при низком их слиянии. Диагностика СМ на основании холангиографии — трудная задача. Сведения об эффективности ЭРХГ в получении и трактовке рентгенэндоскопических данных у пациентов с СМ разноречивы и правильный диагноз устанавливается у 59–90 % пациентов по данным разных авторов. Причинами диагностических ошибок на наш взгляд являются недостаточный объем рентгенологической информации о состоянии желчевыводящей системы (полный блок желчных протоков

и отсутствие контрастирования проксимальных отделов, обтекание контрастным веществом крупного камня и неполное его контрастирование и т. д.), что отмечено у 1 из 9 пациентов.

Эндоскопическое лечение СМ технически сложно. Исторически целью эндобилиарных ЧПВ была диагностика и подготовка пациентов к традиционному хирургическому вмешательству. Эндоскопическая внутрипросветная хирургия открыла перспективы лечения СМ. Главной сложностью при СМ является проведение инструментов, проводников, стентов, назобилиарного дренажа выше места обструкции общего желчного протока (ОЖП), проблемы захвата и разрушения камней.

Из 9 больных у 3 произведен комплекс ЧПВ, включающий папиллотомию, литотрипсию, эндопротезирование и назобилиарное дренирование (2 из них выписаны со стентами в связи с высокой степенью операционного риска); у 5 — ЧПВ и операция лапароскопическая холецистэктомия (1 больная после неудачи ЧПВ была оперирована традиционно, но хирурги камень не удалили и эффективным был способ удаления камня из ОЖП с помощью корзины через дренаж ОЖП в послеоперационном периоде); у 1 — традиционная холецистэктомия после неудач ЧПВ (больной умер от аррозивного кровотечения в послеоперационном периоде).

Заключение

Синдром Мириizzi — трудная проблема современной хирургии, перспективы диагностики и лечения которого связаны с эндоскопической чреспапиллярной хирургией. При наличии холангита и механической желтухи, она может быть, при наличии эндоскопического инструментария в руках опытных специалистов, эффективным средством подготовки больных к традиционным операциям. У больных с высокой степенью операционного риска методом выбора может быть сменяемое применение пластиковых стентов.

О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Балалыкин А. С., Оразалиев Г. Б., Оразалиев Б. Х., Вербовский А. Н., Архипкин А. К., Муцуров Х. С., Гвоздик В. В.
МКНПЦ, ЦКГБ, Беруний; ЦКБ, Грозный; ЦГКБ, Реутов; ГКБ 36 ДЗМ

Актуальность

Прошедшее 50-летие характеризуется разработкой и внедрением в клинику эффективных диагностических и оперативных методик во внутрисветной эндоскопии и лапароскопии, изменивших тактику и принципы лечения желчекаменной болезни и её осложнений. Однако, стало не меньше спорных вопросов этой актуальной проблемы абдоминальной хирургии.

Цель — обсудить спорный вопрос выбора рациональной тактики лечения сочетанных поражений желчного пузыря (ЖП) и гепатикохоледоха (ГХ) при ЖКБ.

Материал и обсуждение

Многолетняя хирургическая деятельность и накопленный опыт не одной тысячи традиционных (ТХ), лапароскопических (ЛХ) и чреспапиллярных (ЧПХ) операций. Тяжесть состояния больных с осложненными сочетанными поражениями ЖП и ГХ и высокая эффективность ЧПХ определили с 70-х годов необходимость применения двухэтапной тактики лечения: на первом этапе ЧПО, на втором — ХЭ. Предварительные чреспапиллярные операции (ЧПО) санируют ГХ, устраняют осложнения и приближают хирургов к адекватным операциям при ЖКБ. Однако, у 15–25 % больных даже у опытных специалистов ЧПО оказываются неудачными и методом лечения гепатикохоледохолитиаза остается традиционная холедохолитомия (ХЛТ), лишь в ряде клиник выполняемая лапароскопически (Андреев А. Л., Королев М. П., Майстренко Н. А. и др.). Кроме этого, несомненно повышение суммарной частоты осложнений при ЧПО (5–8 % с летальностью 0,5–1,5 %) и при операции ЛХЭ (соответственно, 8–15 % и 0,6–2,5 %).

Одноэтапная тактика лечения ЖКБ, включающая лапароскопическую ХЛТ и дренирование желчных протоков, не нашла распространения в клинической практике. На основании небольшого (31 операция) опыта с общим числом осложнений в 3,5 % мы пришли к выводу — она применима опытными хирургами на первом этапе внедрения у пациентов с установленным диагнозом, обследованными ДПК и БДС и невысокой степенью операционного риска при наличии оборудования для ревизии гепатикохоледоха (холедохоскоп, рентгенаппарат) и владении хирургом интракорпоральным швом.

Остаются спорными вопросы разрешения холангиолитиаза через культю пузырного протока, проведение антеградной ЭПТ, предварительного стентирования желчных протоков без ЭПТ и др. Считаем, что ЧПО, производимые в большинстве лечебных учреждений у лиц с высокой степенью операционного риска под местной анестезией без наблюдения анестезиолога, не легче, а тяжелее, чем лапароскопические операции (в условиях лифтинга, если необходимо). Пациенты в условиях операционной и общего обезболивания находятся в большей безопасности, чем в эндоскопическом отделении.

Резюме

Редкие публикации и небольшой собственный опыт свидетельствуют о перспективности одноэтапной тактики лечения ЖКБ с помощью лапароскопических технологий. Изменение менталитета хирургов и хорошая техническая оснащенность — залог успешного развития этого направления лапароскопической хирургии ЖКБ.

ЭНДОУЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ

Борсук А. Д., заведующий эндоскопическим отделением
ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель

Введение

Желтуха — один из ведущих симптомов различных заболеваний гепатобилиарной системы (ГБС) и поджелудочной железы (ПЖ). Точная диагностика причины желтухи позволяет своевременно и правильно определить лечебную тактику, что, в конечном итоге, влияет на исход заболевания. Несмотря на постоянное изучение проблемы механической желтухи, продолжают оставаться актуальными такие вопросы, как дифференциальная диагностика желтух, выяснение этиологии непроходимости желчных путей, выбор рациональной предоперационной подготовки и объема оперативного вмешательства.

В настоящее время одним из наиболее информативных методов визуализации внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка (БДС), ПЖ является эндоскопическая ультрасонография (ЭУС). Исследование малоинвазивно, а безопасность ЭУС сопоставима с таковой при проведении эндоскопического исследования в белом свете (для диагностической ЭУС — риск осложнений составляет менее 0,05 %).

Цель исследования

Определить возможности ЭУС в дифференциальной диагностике механических желтух.

Методы

Исследование проводилось с использованием эндоскопа PENTAX с радиальным датчиком и ультразвукового сканера HITACHI NOBLUS с частотой сканирования 7,5–10 МГц. БДС, головка и тело ПЖ, желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки визуализировали путем постепенного выведения эхоэндоскопа из нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки в желудок. Все эндосонаграфические изображения записывались на цифровой носитель для последующей интерпретации данных.

Результаты и обсуждение

В эндоскопическое отделение ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» пациенты с механической желтухой направлялись специалистами лечебных учреждений города Гомеля в связи с противоречивыми данными причин билиарной обструкции при выполнении различных инструментальных методов — трансабдоминального ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной холангио-панкреатографии (МРХПГ), компьютерной томографии (КТ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) либо невозможностью выполнения последней.



■ Борсук А. Д.

Всего в 2018 году нами было выполнено ЭУС 19 пациентам с механической желтухой, из них 11 (57,9 %) — женщинам и 8 (42,1 %) — мужчинам. Возраст пациентов варьировал от 51 до 78 лет.

У пяти пациентов (26,3 %) с сомнительными данными трансабдоминального УЗИ и МРХПГ (расширение желчных протоков при отсутствии четко видимой очаговой патологии) нами был диагностирован холедохолитиаз. На полученных эндосонаграммах в дистальной части холедоха определялись одно или несколько гиперэхогенных образований размерами от 5 мм до 9 мм.

У четырех пациентов (21,1 %) причиной билиарного блока явились рубцовые стриктуры холедоха. При исследовании наблюдалось протяженное сужение просвета протока с утолщением его стенок за счет гиперэхогенной (рубцовой) ткани.

В трех случаях (15,8 %) нами был диагностирован рак холедоха. На полученных эндосонаграммах определялись различной протяженности гипоехогенные, неоднородной структуры массы с неровными контурами, частично или полностью закрывающие просвет.

У двух пациентов (10,5 %) в структуре головки ПЖ визуализировались одиночные гипоехогенные образования с неоднородной структурой, нечеткими неровными контурами, в одном случае — с наличием кистозного компонента, с компрессией и вращением в общий желчный и главный панкреатический протоки с их расширением. Данная эндосонаграфическая картина соответствовала опухолям головки ПЖ.

В двух случаях (10,5 %) при сканировании БДС и идентификации его структур — сфинктера Одди и ампулы, в просвете последней определялись разрастания слизистого и подслизистого слоев, что было расценено нами как аденомы. Морфологическое исследование образцов ткани, полученных при биопсии, подтвердило предположение. В одном случае была выявлена дисплазия тяжелой степени с очагами аденокарциномы.



У одного пациента (5,3 %) с предполагаемым холедохолитиазом по данным трансабдоминального УЗИ, конкременты в желчных протоках нами обнаружены не были. Зато были выявлена киста стенки дистальной части холедоха с обтурацией просвета.

У двух пациентов (10,5 %) причины билиарной обструкции нами установлены не были.

Заключение

ЭУС при механической желтухе дает возможность с высокой точностью диагностировать холедохолитиаз у пациентов с отрицательными данными трансабдоминального УЗИ

или отвергнуть предположение о наличии камней в желчных протоках. В этом несомненное преимущество метода в сравнении с ЭРХПГ, которая являясь высокоинформативным исследованием, может сопровождаться постманипуляционными осложнениями, угрожающими жизни пациента. На основании заключения ЭУС могут быть определены показания для выполнения эндоскопических малоинвазивных вмешательств на БДС и желчных протоках.

В случаях стриктур холедоха ЭУС позволяет не только установить причину желтухи, но и определить уровень и протяженность поражения, что влияет на выбор вида и объема оперативного вмешательства.

МЕСТО ЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Будзинский С. А., к. м. н., с. н. с. научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии кафедры госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова, врач отделения оперативной эндоскопии ГКБ № 31
Шаповальянц С. Г., д. м. н., проф., зав. кафедры госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова
Федоров Е. Д., д. м. н., проф., гл. н. с. научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии того кафедры госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова
Чернякевич П. Л., к. м. н., зав. отделением оперативной эндоскопии ГКБ № 31
Платонова Е. Н., к. м. н., зам. гл. врача по лечебной работе ГКБ № 31

г. Москва



■ Будзинский С. А.



■ Шаповальянц С. Г.



■ Федоров Е. Д.



■ Чернякевич П. Л.



■ Платонова Е. Н.

Хронический панкреатит (ХП) остается одной из наиболее сложных и далеких от разрешения проблем современной абдоминальной хирургии (1, 2). При этом, по причине высокой эффективности и малой травматичности, широкое распространение в его лечении и коррекции присущих ему осложнений, получили эндоскопические методы.

Предложены различные варианты проведения эндоскопической коррекции ХП и его осложнений (3, 4, 5). Так, при наличии «папиллопанкреатита», достаточным является выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и/или вирсунготомии (ВТ). При выявлении стриктур панкреатических и желчных протоков, а также свищей поджелудочной железы (ПЖ) применяют сочетанную терапию в объеме бужирования, баллонной дилатации и панкреатического или билиарного стентирования. В качестве лечения вирсунголитиаза прибегают к вирсунголизэкстракции с возможным предварительным применением дистанционной экстракорпоральной, внутрипротоковой механической или контактной литотрипсии, а также баллонной дилатации устья панкреатического протока после вирсунготомии. Наконец, при лечении псевдокист поджелудочной железы широкое распространение получили варианты изолированного трансмурального дренирования кистозных полостей при отсутствии их связи с протоковой системой, а также транспапиллярного стентирования псевдокист или сочетанный подход к их ликвидации при доказанном сообщении полости кисты с панкреатическими протоками.

Цель исследования

Оценить возможности современных эндоскопических методов в лечении хронического панкреатита и его осложнений.

Материалы и методы

В клинике госпитальной хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова на базе 31 ГКБ в период с 01.1998 по 01.2017 гг. проведена оценка результатов эндоскопического лечения 341 больного с ХП и различными его осложнениями, подтвержденных различным по объему эндоскопическим вмешательством. В исследуемой группе женщин было 179, мужчин — 162; средний возраст составил 58.1 + 14.6 лет (от 22 до 85 лет).

По результатам проведения комплексной диагностической программы все пациенты были разделены на 2 группы. В первую из них вошли 167 (49 %) больных, у которых причиной нарушения оттока панкреатического сока с последующим развитием хронического папиллопанкреатита являлись различные доброкачественные стенотические изменения большого и малого сосочков двенадцатиперстной кишки. Ко второй группе были отнесены 174 (51 %) пациента с разноплановыми осложнениями ХП на фоне более грубых изменений как протоковой системы, так и паренхимы поджелудочной железы: с обструктивными поражениями панкреатических протоков (стриктуры (42), вирсунголиз (8) или сочетание обоих факторов (15)) было 65 (19.1 %), пациентов с нарушением целостности панкреатических протоков (свищи (52) и псевдокисты (16) поджелудочной железы) — 68 (20 %), а больных с клини-

чески превалирующей компрессией дистальных отделов билиарного тракта — 41 (12 %).

Результаты

Эндоскопическая коррекция хронического папиллопанкреатита в группе пациентов с обструктивными поражениями БСДК и МСДК была предпринята во всех 167 случаях их выявления, что потребовало проведения ЭПСТ, в 82 наблюдениях дополненная ВТ (49.1 %), а в 29 (17.4 %) удалением крупных эпителиальных образований БСДК.

Среди больных с обструктивным поражением панкреатических протоков полный объем планируемых эндоскопических транспапиллярных вмешательств удалось произвести в 44 из 65 (67.7 %) наблюдений. В данную группу вошли 28 (63.6 %) пациентов со стриктурами Вирсунгова протока, 2 (4.5 %) — с фиброзной окклюзией Санториниевого протока, 6 (13.6 %) больных с изолированным вирсунголитиазом, а также 8 (18.2 %) — с сочетанием стриктур и конкрементов ГПП.

В группе больных с нарушением целостности панкреатических протоков основным этапом эндоскопического лечения свищей ПЖ являлось панкреатическое стентирование, которое удалось выполнить в 34 из 52 наблюдений (65.4 %).

В свою очередь, при эндоскопическом лечении ПК ПЖ, успеха удалось достичь в 13 (81.3 %) наблюдениях.

В группе из 41 больного с клинической картиной нарушения оттока желчи на фоне компрессии билиарного тракта со стороны поджелудочной железы, основным способом дренирования желчного дерева являлось билиодуоденальное стентирование, которое было успешно произведено в 40 наблюдениях (97.6 %).

Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств по поводу ХП встретились в 13 из 341 случая (3.9 %) — острый панкреатит в 5 (1.5 %), кровотечение из области операции — в 5 (1.5 %), РДП — в 2 (0.6 %), а еще у 1 больного (0.3 %) имело место интраоперационное сочетание двух осложнений — кровотечения и перфорации стенки ДПК. Летальный исход был отмечен в 1 (0.3 %) наблюдении на фоне рецидивного кровотечения из области ЭПСТ. Во всех остальных 12 случаях комбинированный консервативно-эндоскопический подход к коррекции возникших осложнений был успешен и не потребовал хирургических вмешательств.

Таким образом, положительные непосредственные результаты эндоскопического лечения хронического панкреатита и различных вариантов его осложнений были достигнуты в 302 (88.6 %) наблюдениях. При этом, хорошие результаты совокупно встретились в 277 (81.2 %) наблюдениях, а удовлетворительные — в 25 (7.3 %). Показательно, что среди больных с папиллопанкреатитом — данные показатели составили 151 (90.4 %) и 13 (7.8 %), при обструктивных поражениях панкреатических протоков — 42 (64.6 %) и 6 (9.2 %), при нарушении целостности протоковой системы ПЖ — 45 (66.2 %) и 5 (7.4 %), а при компрессии внепеченочных желчных протоков — 39 (95.1 %) и 1 (2.4 %) случаев, соответственно. Неудовлетворительные непосредственные результаты эндоскопической терапии по поводу ХП совокупно наблюдались в 39 (11.4 %) наблюдениях.

Эндоскопический подход был использован, как окончательный метод терапии ХП и его осложнений в 259 (76 %) случаях (165 (98.8 %) больных с папиллопанкреатитом и 94 (54 %) с различными видами осложнений ХП).

При этом хирургическое лечение было проведено в 75 из 341 (22 %) наблюдениях. Еще в 7 (16.3 %) наблюдениях неудачи эндоскопического подхода к лечению осложненных форм заболевания пришлось ограничить проведением консервативной терапии в связи с высоким операционно-анестезиологическим риском (3) и отказом пациентов от выполнения хирургических операций (4).

При выборе эндоскопического лечения в качестве окончательного метода коррекции ХП и его осложнений, в 81 (31.4 %) случае предполагался этапный способ дальнейшей терапии, заключающийся в выполнении различного объема дополнительных эндоскопических вмешательств в течение определенного срока, в зависимости от преобладающих патологических изменений ПЖ или билиарного тракта. В данную группу вошли 30 (37 %) больных с обструктивным поражением протоковой системы ПЖ, 32 (39.5 %) пациента с наличием СПЖ и 19 (23.5 %) — с окклюзией дистальных отделов билиарного тракта. Сроки эндоскопической коррекции от первого вмешательства до окончания лечения варьировались в диапазоне от 11 до 39 месяцев при среднем показателе 20.7+6.8мес. Однако чаще всего (29 наблюдений), время лечения составляло 18–24 месяцев.

С целью проведения объективной оценки отдаленных результатов эндоскопической коррекции ХП и его осложнений после завершения одномоментного или этапного лечения, контрольные исследования пациентам стремились выполнять в следующем объеме: ЭУС или КТ, а также МРХПГ или ЭРХПГ — через 3 или более года. Помимо этого через 3 года после окончания эндоскопической терапии предполагалось проведение личного или телефонного анкетирования больных.

Оценка отдаленных результатов через 3 года и более после завершения лечения оказалось возможной у 183 из 258 (70.9 %) больных, у которых эндоскопическая терапия была выбрана в качестве окончательного метода лечения при разбросе сроков наблюдения от 36 до 138 месяцев. При этом, хорошими можно считать 132 (72.1 %) исхода, удовлетворительными — 18 (9.8 %), а неудовлетворительными — 33 (18 %).

Заключение

Эндоскопическая коррекция хронического панкреатита и ряда его осложнений является не только ведущим методом временного купирования болевого синдрома, устранения панкреатических свищей и псевдокист, а также механической желтухи, и холангита в качестве подготовки к дальнейшему хирургическому лечению, но при методичном и скрупулезном проведении первичных и, при необходимости, последующих этапных вмешательств, у большей части пациентов может использоваться в качестве окончательного метода лечения.

Хорошие результаты совокупно встретились в 277 (81.2 %) наблюдениях, удовлетворительные — в 25 (7.3 %), а неудовлетворительные — в 39 (11.4 %) наблюдениях.

Частота осложнений эндоскопической терапии составила 3,9 %, а летальности 0,3 %, что в целом соответствует подобным показателям для всех ЭРХПГ в целом.

На основании проведенного исследования с комплексным инструментально-лабораторным контролем за пациентами на протяжении 3 и более лет после завершения эндоскопической терапии хронического панкреатита и его

осложнений, можно заключить, что в 82 % случаев ее отдаленные результаты являются благоприятными, в связи с чем данный метод лечения в большинстве наблюдений можно считать альтернативой традиционным хирургическим вариантам коррекции данного заболевания и рекомендовать для широкого применения в клинической практике специализированных хирургических стационаров.

Литература

1. Majumder S, Chari ST. Chronic pancreatitis. *Lancet*. 2016;387:1957–1966.
2. Kumar S, Ooi CY, Werlin S, et al. Risk factors associated with pediatric acute recurrent and chronic pancreatitis: lessons from INSPPIRE. *JAMA Pediatr*. 2016;170:562–569.
3. Löhner JM, Dominguez-Munoz E, Rosendahl J, et al. HaPanEU/UEG Working Group. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). *United European Gastroenterol J* 2017;5:153–99.
4. Talukdar R, Reddy DN. Pancreatic endotherapy for chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2015;25:765–777.
5. Dumonceau, J.M. Endoscopic management of complications of chronic pancreatitis. / J.M. Dumonceau, C. Macias-Gomez. // *World J Gastroenterol*. — 2013. — V. 19. — P. 7308–7315.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПЕРОРАЛЬНЫХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВНУТРИПРОТОВОКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Будзинский С. А.^{1,2}, Шаповальянц С. Г.¹, Федоров Е. Д.^{1,2}, Бахтиозина Д. В.^{1,2}, Михалева Л. М.^{2,3}, Чернякевич П. Л.², Платонова Е. Н.²

¹Кафедра госпитальной хирургии № 2 и НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

²ГБУЗ ГКБ № 31 ДЗМ, г. Москва

³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека», г. Москва

г. Москва

Актуальность

Пероральная холангиопанкреатикоскопия с непосредственным осмотром желчных и панкреатических протоков посредством введения в них ультратонкого аппарата через большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДК) была впервые продемонстрирована в конце 1970-х годов с помощью системы «Mother-Baby» фирмы Olympus (Япония) [1]. В 2007 году фирмой Boston Scientific Company (США) была предложена к клиническому применению, а в 2015 году модернизирован одноразовая электронная система для проведения пероральных внутрипротоковых исследований и вмешательств типа SpyGlass, предназначенная для одного оператора.

В настоящее время выделяют несколько основных показаний для проведения пероральной холангиопанкреатикоскопии [2–5]:

- Диагностика стриктур и дефектов заполнения неясного генеза, с возможностью выполнить прицельную биопсию;
- Внутрипротоковая электрогидравлическая или лазерная литотрипсия у пациентов со «сложными» камнями в общем желчном или панкреатическом протоке;
- Селективная установка струны-проводника выше области окклюзии под визуальным контролем;
- Обследование при гемобилии неясного генеза;

Табл. № 1. Общая характеристика показаний к внутрипросветным пероральным процедурам и их варианты (n=38)

Выполненные манипуляции:	N (%)
Холангиоскопия	34
Панкреатикоскопия	3
Холангиопанкреатикоскопия	1
Показания к холангиоскопии:	N = 34
Стриктура неясного генеза	23 (67,6 %)
Подозрение на синдром Мирizzi	2 (5,8 %)
Лазерная внутрипротоковая литотрипсия при крупном холедохолитиазе	2 (5,8 %)
Контроль полноценности санации желчного дерева при холедохолитиазе	2 (5,8 %)
Необходимость проведения струны-проводника под визуальным контролем	2 (5,8 %)
Удаление лигатуры после ЛХЭ	1 (2,9 %)
Оценка распространения опухоли БСДК на холедох	1 (2,9 %)
Контроль лечения рубцовых послеоперационных стриктур	1 (2,9 %)
Показания к панкреатикоскопии:	N = 3
оценка стриктур ГПП при хроническом панкреатите	3 (100 %)
Показание к холангиопанкреатикоскопии:	N = 1
Оценка распространения опухоли БСДК на холедох и ГПП	1 (100 %)
Технический успех вмешательства	37/38 (97,3 %)

- Экстракция проксимально мигрировавших билиарных и панкреатических стентов;
- Проведение внутрипротоковой абляции опухолей билиарного тракта.

Цель исследования

Оценить возможности и преимущества применения аппарата SpyGlass DS фирмы BSC в диагностике и лечении сложной патологии ПБЗ.

Материалы и методы

В период с 6 декабря 2017 года по 1 января 2019 года в клинике госпитальной хирургии № 2 РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе ГКБ № 31 было выполнено 740 ретроградных эндоскопических вмешательств. При этом 26 (3,5 %) из них пришлось на долю пероральных транспиллярных внутрипротоковых исследований с применением системы SpyGlass DS. Кроме того, специалистами нашей клиники было проведено 12 подобных вмешательств в других стационарах страны во время онлайн-трансляций на крупных конференциях и мастер-классах в разных городах России (Санкт-Петербург (1), Петропавловск-Камчатский (3), Челябинск (7) и Красноярск (1)).

Таким образом, мы представляем опыт выполнения 38 пероральных холангио- и панкреатикоскопий у 36 пациентов. Женщин в данной группе было 21, а мужчин — 17. Возраст больных варьировался от 34 до 84 лет, в среднем составляя $58 \pm 15,9$ лет.

Всего было проведено 34 холангиоскопии, 3 панкреатикоскопии и одно сочетанное вмешательство у пациентки с аденомой БСДК. Спектр показаний к внутрипротоковым пероральным вмешательствам был достаточно широк, что представлено в таблице № 1. При этом основным показанием для проведения пероральных внутрипротоковых вмешательств явились стриктуры или дефекты наполнения неясного генеза, встретившиеся в 26 случаях (68,4 %).

После всех выполненных исследований проводились общепринятые мероприятия, направленные на предотвращение острого панкреатита, связанного с ЭРХПГ. Кроме того, в 10 из 38 случаев производилось профилактическое внутривенное введение антибактериальных препаратов (Амоксиклав).

Результаты

В нашем исследовании общий технический успех предполагаемых внутрипротоковых манипуляций был достигнут в 97,3 % (37/38) случаев. Успехом считалась возможность визуализировать различную патологию желчных и панкреатических протоков и, при необходимости, выполнить биопсию с забором адекватного количества материала, подходящего для гистологического исследования, или произвести лечебное воздействие в запланированном объеме.

Так, внутрипротоковая биопсия была успешно произведена в 17 из 18 (94,4 %) планируемых наблюдений (Рис.1).

Одна неудача (5,6 %) была связана с выраженной обструкцией в терминальном отделе холедоха, что не позволило произвести адекватное позиционирование холангоскопа и, соответственно, выполнить забор материала для последующего морфологического анализа.

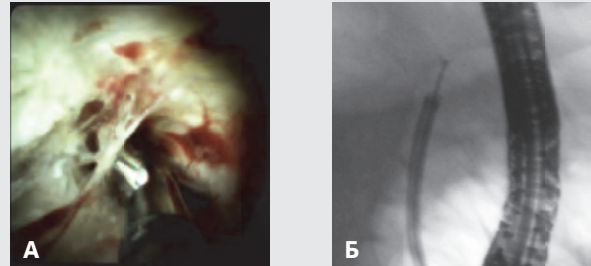


Рис. 1. (А-эндоскопическая картина забора биоптатов из билиарной стриктуры, Б – рентгенологическая картина выполнения биопсии при пероральной холангиоскопии)

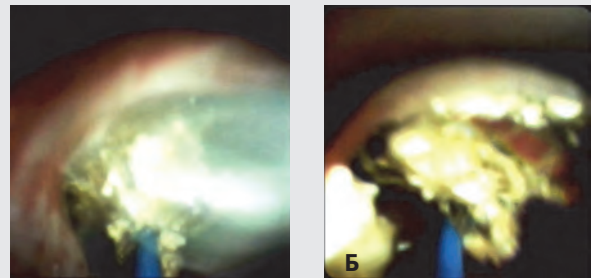


Рис. 2. Внутрипротоковая контактная лазерная литотрипсия. А – дробление конкремента лазерным волокном (холангиоскопия), Б – фрагментация камня (холангиоскопия)

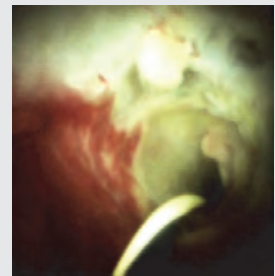


Рис. 3. Селективная канюляция левого долевого протока под визуальным контролем при проведении пероральной холангиоскопии

Совпадение эндоскопического и морфологического диагнозов было в 15 случаях из 17, чувствительность эндоскопического осмотра составила 83,3 %, а специфичность 90,9 %.

У 19 пациентов после проведенного обследования в объеме холангиоскопии был уточнен основной диагноз и была изменена тактика ведения, в частности, при выявленной холангиокарциноме у 6 пациентов, им было проведено лечение по онкологическим принципам, при установленном диагнозе ПСХ в 3 случаях на-

значена соответствующая терапия, у 5 пациентов при выявлении холедохолитиаза проведена литоэкстракция, а в 2 случаях рубцовых послеоперационных стриктур были удалены инородные тела холедоха (клипса и лигатура), препятствовавшее восстановлению проходимости желчного протока.

В нашей работе у 2 пациентов с крупным холедохолитиазом удалось успешно произвести лазерную контактную литотрипсию. При этом нами использовались следующие настройки лазерного воздействия: длина волны — 1320 Нм, а уровень энергии — 1.2 Дж. Под визуальным эндоскопическим контролем во время пероральной холангиоскопии конкременты были фрагментированы и, в последствии, захвачены корзинкой Dormia и извлечены из желчных протоков (Рис. 2).

Также в двух наблюдениях холедохоскопия была выполнена в связи с необходимостью проведения струны под визуальным контролем выше зоны окклюзии в долевые протоки при «сложных» высоких стриктурах с последующим проведением билатерального стентирования (Рис. 3).

Пероральная панкреатикоскопия была осуществлена нами в 3 случаях у пациентов с хроническим панкреатитом, вирсунголитиазом и длительно существовавшей стриктуры ГПП, плохо поддававшейся эндоскопической коррекции путем этапного стентирования пластиковыми стентами. Во всех наблюдениях удалось осмотреть ГПП в области головки, перешейка, тела и проксимальных отделов хвоста поджелудочной железы, а по ре-

зультатам эндоскопического осмотра области окклюзии имела место доброкачественная стриктура без признаков злокачественного роста, что соответствовало и РГ-картине, полученной при ретроградной панкреатикографии. После проведения механической и баллонной дилатации области окклюзии было выполнено вирсунголитоэкстракция и панкреатическое стентирование пластиковыми стентами.

В нашем исследовании встретилось одно осложнение (2,6 %), представленное стремительно развившимся острым панкреатитом тяжелой степени, который привел к летальному исходу через 2 суток после вмешательства.

Заключение

1. Основными показаниями для проведения эндоскопических пероральных внутрипротоковых вмешательств являются различные виды недифференцируемых и трудных для преодоления стриктур желчного дерева и панкреатических протоков, а также «сложный» вирсунго- и холедохолитиаз.

2. Общая эффективность пероральных внутрипротоковых методик в диагностике и лечении патологии ПБЗ по результатам проведенного исследования составила 97,3 % при относительно невысокой частоте осложнений и летальности, составившей 2,6 %.

3. Техническая возможность забора материала для морфологического исследования представляется возможным в 94,4 % случаев, при чувствительности и специфичности метода 83,3 % и 90,9 %, соответственно.

Литература

1. Nakajima M., Direct endoscopic visualization of the bile and pancreatic duct systems by peroral cholangiopancreatography (PCPS), *Gastrointestinal Endoscopy*, 1978;24(4):141–145
2. Albert J., Aabakken L., Endoscopic Retrograde CholangioPancreatography (ERCP) — Current Practice and Future Perspectives; *Unimed*; 2015:32–35
3. Komanduri S., Cholangiopancreatography, status evaluation report. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2016;84(2):209–221;
4. Osman A, Sipan M., Biliary Interventions: Tools and Techniques of the Trade, Access, Cholangiography, Biopsy, Cholangioscopy, Cholangioplasty, Stenting, Stone Extraction, and Brachytherapy, *Semin Intervent Radiol*. 2016; 33(4):283–290
5. Navaneethan U., Single-operator cholangioscopy and targeted biopsies in the diagnosis of indeterminate biliary strictures: a systematic review, *Gastrointest Endosc*. 2015; 82(4): 608–14.e2. doi:10.1016/j.gie.2015.04.030

АНТЕГРАДНАЯ И РЕТРОГРАДНАЯ БИЛИАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ В УСЛОВИЯХ ОДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Буц О. А., врач-эндоскопист ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России,
Владыко А. К., зав. эндоскопическим отделением ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России

г. Москва

Введение

Больные с механической желтухой составляют 18 % и более от общего количества хирургических пациентов с патологией желчевыводящих путей. Первостепенным в лечении пациентов с механической желтухой, различного генеза, является скорейшее осуществление желчеотведения.

Цель

Продемонстрировать эффективность и экономическую целесообразность при лечении пациентов с механической желтухой различного генеза специалистами, владеющими антеградными и ретроградными методиками.

Материалы и методы

Предоставлены результаты декомпрессии 122 пациентам с механической желтухой различного генеза. У 15 пациентов причиной механической желтухи явились злокачественные образования. Из которых у 4 рак поджелудочной железы, у 10 рак желчных протоков и у 1 рак желчного пузыря. У 107 пациентов желтуха носила неопухольный характер. У 77 камни общего желчного протока, у 3 хронический панкреатит, у 22 пациентов рубцовые стриктуры общего желчного протока, у 5 склерозирующий папиллит.

Результаты

Большинству пациентов выполняли декомпрессию ретроградным доступом. Попытка ретроградной декомпрессии предпринята у 107 пациентов и оказалась успешной в 105 наблюдениях. Всем этим пациентам была выполнена ретроградная папиллосфинктеротомия, дополненная литоэкстракцией в 59 наблюдениях и стентированием холедоха в 17 наблюдениях. У 2 пациентов из-за технических сложностей ретроградная канюляция холедоха была невозможна, в связи с чем, выполнена чрескожная пункция



■ Буц О. А.

желчных протоков и проведено вмешательство по методике «рандеву», завершившееся внутренним дренированием холедоха. Первичный антеградный доступ был выполнен 12 пациентам с высоким уровнем блока. Также к антеградному дренированию прибегали при резектабельном раке головки поджелудочной железы в качестве дооперационной декомпрессии (3 пациента).

Одномоментное дренирование желчных протоков достигнуто у всех 122 пациентов (100 %). Длительность вмешательства при ретроградном доступе составила 38 (+/-10) минут, при антеградном — 20 (+/-8) минут, при методике «рандеву» не превысила 90 минут. Острый послеоперационный панкреатит отмечался в 2 наблюдениях в группе с ретроградным доступом, в одном из них — деструктивный панкреатит. Других осложнений не было.

Заключение

Совмещение антеградных и ретроградных методик в «одних руках» позволяет в кратчайшие сроки выбрать оптимальный доступ исходя из поставленных задач, в сложных случаях сочетать технологии, что значительно сокращает время пребывания пациента в стационаре и является экономически выгодным.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ СТРИКТУРЫ ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА

Быков М. И., д. м. н., зав. эндоскопическим отделением № 2

Щава В. В., врач эндоскопического отделения № 2

ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1 им. С. В. Очаповского», МЗКК

г. Краснодар



■ Быков М. И.

Диагностика и лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчевыводящих протоков (ЖВП) остается одной из актуальных проблем гепатобилиарной хирургии. В последнее время в литературе прослеживается существенная разноречивость подходов к ведению таких больных, сохраняется много открытых вопросов в таком относительно новом направлении, как определение этиологии формирования стриктур желчного дерева, а также возможности применения малоинвазивных методик их лечения. На современном этапе эндоскопические транспапиллярные методы диагностики и лечения билиарных стриктур являются общепринятыми, высокоэффективными, однако не всегда выполнимыми, что может быть связано с частой невозможностью морфологической верификации стриктуры, объективными техническими трудностями ее прохождения и реканализации, отсутствием в большинстве лечебных учреждений кадрового и аппаратно-инструментального обеспечения выполнения таких вмешательств.

Цель

Определить поиск новых подходов и решений в эндоскопической диагностике и лечении билиарных стриктур доброкачественного генеза.

Материалы и методы

Появившаяся в России с 2017 года возможность выполнения пероральных эндоскопических исследований внепеченочных ЖВП с помощью видеоцифровой системы Spyglass позволила значительно повысить эффективность

дифференциальной диагностики различных видов стриктур желчного дерева. Возможность прямого высококонтрастного осмотра слизистой ЖВП в дополнении с морфологической верификацией с помощью взятия биопсии под непосредственным визуальным контролем позволяет повысить чувствительность определения этиологии стриктуры до 96–99 % (Tringali A et al., 2015). Кроме этого система Spyglass позволяет осуществлять селективную канюляцию стенозированных протоков в тех случаях, когда не удается провести струну исключительно под рентгенологическим контролем, значительно снижая тем самым радиологическую нагрузку на персонал и пациента.

Клиническое наблюдение

Пациент С. 32 лет, поступил в клинику с жалобами на периодические абдоминальные боли в правом подреберье, периодически возникающий зуд кожных покровов. В общеклинических анализах крови отмечалось менее чем двукратное повышение основных маркеров холестаза. На трансабдоминальном ультразвуковом исследовании (ТАУЗИ) было заподозрено полиповидное новообразование общего желчного протока (Рис. 1), при этом на компьютерной томографии патологии ЖВП выявлено не было. При выполнении эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ) визуализировалась зона деформации и сужения общего печеночного протока (ОПП) с невозможностью проведения под рентгенологическим контролем эндоскопического инструментария, в том числе и струны-направителя, в проксимальные отделы ЖВП (Рис. 2).

Учитывая отсутствие в анамнезе хирургических вмешательств на брюшной полости, данных за желчнокаменную болезнь, молодой возраст пациента, подозрение на новообразование ЖВП по данным ТАУЗИ с целью дифференциальной диагностики этиологии патологии желчных протоков выполнена пероральная холангиоскопия с помощью системы Spyglass. В области зоны деформации ОПП по данным холангиографии визуализировалось сужение просвета протока ~ 1 мм в диаметре, инфильтративных изменений слизистой оболочки желчного протока в зоне стриктуры выявлено не было (Рис. 3). Из-за несоответствия диаметра холангиоскопа и просвета ОПП в зоне стриктуры выполнить осмотр проксимальных отделов ЖВП не представлялось возможным. Под прямым визу-



Рис. 1. ТАУЗИ. Эхо-признаки новообразования ЖВП (указано стрелкой)



Рис. 2. ЭРХГ. Зона деформации и сужения ОПП с невозможностью проведения инструментария в проксимальные отделы ЖВП (указана стрелкой)

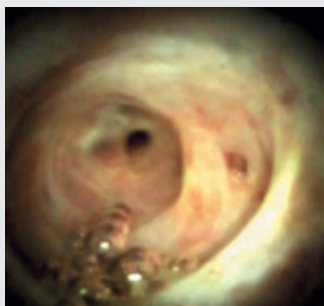
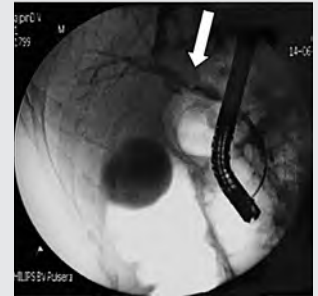


Рис. 3. Холангиоскопия. Стриктура ОПП

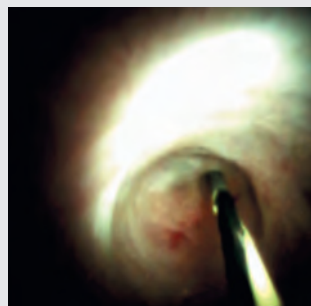


Рис. 4. Холангиоскопия. Канюляция стриктуры струной-направителем

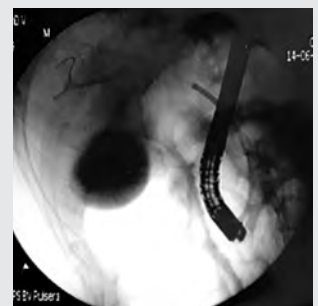


Рис. 5. Холангиография. Проведение струны в правый сегментарный проток

альным и рентген-контролем проксимальной стриктуры проведена струна-направитель (Рис. 4 и 5).

Учитывая отсутствие прямых визуальных признаков злокачественности стриктуры, от внутрипротоковой биопсии принято решение на данном этапе отказаться. Выполнено эндобилиарное стентирование ЖВП полимерным стентом — модель «Амстердам», диаметр — 10 Fg, длина — 9 см (Рис. 6).

Через 2 месяца после предварительного удаления билиарного стента пациенту повторно выполнена пероральная холангиоскопия. Зона стриктуры для холангиоскопа сво-

бодно проходима, диаметр просвета не менее 4 мм, в зоне стриктуры визуализируются элементы рубцовой ткани, а также очаговая сеть утолщенных капилляров (Рис. 7).

При ревизии из проксимальных отделов ЖВП извлечено два полусформированных конкремента до 4 мм в диаметре. При выполнении холангиоскопии в области устья левого долевого протока визуализировано полиповидное новообразование до 3 мм в диаметре (Рис. 8). С целью морфологической верификации взята внутрипротоковая биопсия под прямым визуальным контролем (Рис. 9), заключение — грануляционный полип (Рис. 10).

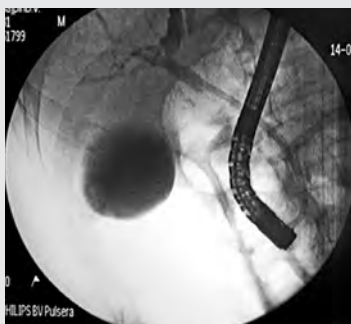


Рис. 6. Холангиография. Имплантация полимерного стента в зону стриктуры ОПП

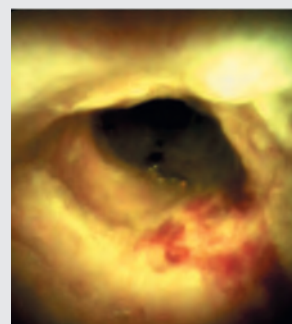


Рис. 7. Холангиоскопия и холангиография. Зона стриктуры ОПП после удаления стента (указана стрелкой)



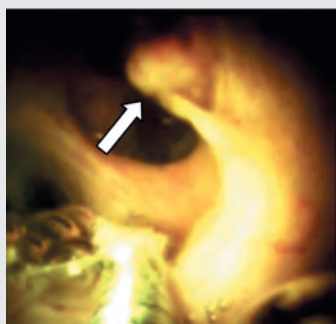


Рис. 8. Холангиоскопия. Полиповидное образование ОПП (указано стрелкой).



Рис. 9. Холангиоскопия и холангиография. Внутрипротоковая щипцевая биопсия

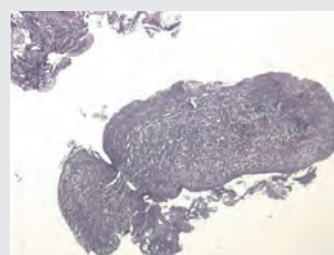
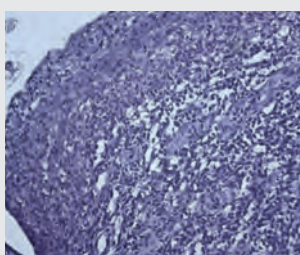
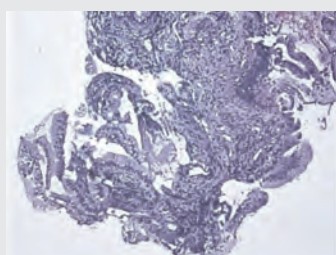
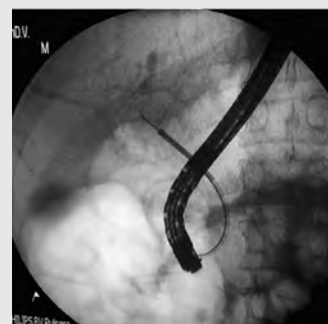


Рис. 10. Окраска гематоксилин-эозином x 200. Молодая грануляционная ткань, фрагмент слизистой оболочки желчного протока с отёком, лимфоидной инфильтрацией, папиллярной гиперплазией поверхностного эпителия

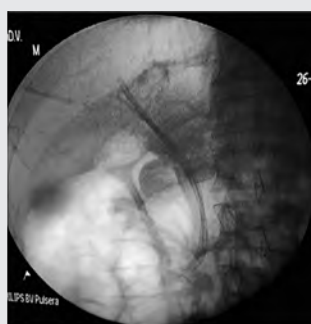


Рис. 11. Холангиография. Имплантация двух стентов в зону стриктуры ОПП

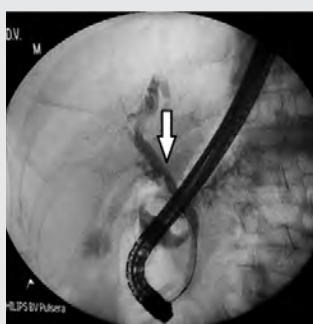
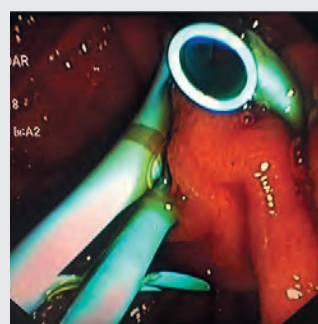


Рис. 12. Холангиография. Зона стриктуры ОПП после полугодового этапного лечения (указана стрелкой). Репротезирование стриктуры ОПП тремя эндостентами



С целью создания каркаса в зоне стриктуры и профилактики рестеноза выполнено репротезирование ЖВП двумя полимерными стентами — модель «Амстердам», диаметр-8,5 Fr, длина-9 см (Рис. 11). Через 4 месяца (6 месяцев после начала лечения) пациенту выполнена ЭРХГ, удаление полимерных стентов, репротезирование ЖВП тремя эндопротезами. Пройодимость ОПП не нарушена, диаметр просвета не менее 5–6 мм, эвакуация контрастного вещества удовлетворительная, планируется выполнение этапного каркасного эндоскопического лечения стриктуры ОПП в общей сложности в течение 1 года (Рис. 12).

Заключение

Таким образом, на основании комплекса современных эндоскопических методов диагностики и лечения,

включавших эндоскопическую холангиографию, диагностическую пероральную холангиоскопию с внутрипротоковой биопсией, а также этапное ретроградное каркасное протезирование стриктуры ОПП был выставлен и верифицирован диагноз практически клинически бессимптомной доброкачественной стриктуры желчного протока, проведено малоинвазивное ее лечение, что позволило устранить риск развития билиарного цирроза печени у пациента молодого возраста. Возможность выполнения диагностической холангиоскопии системой Spyglass с прицельным взятием биопсии позволяет более точно определять патоморфологическую структуру стриктуры, а значит своевременно формировать тактику ведения пациентов с такой патологией.

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Вербовский А. Н.^{1,2}, Матушкова О. С.¹, Мурашов Н. С.², Демиров Г. Б., Семенов А. В.², Балалыкин А. С.³

¹ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева» ДЗМ

²ГБУЗ МО «Красногорская городская больница № 1»

³ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр имени А. С. Логинова ДЗМ

г. Москва



■ Вербовский А. Н.



■ Матушкова О. С.



■ Мурашов Н. С.



■ Семенов А. В.



■ Балалыкин А. С.

Введение

Эндоскопические чреспапиллярные операции (ЧПО) — высокоэффективны в лечении доброкачественных и злокачественных заболеваний панкреатобилиарной системы. Осложнения ЧПХ происходят в 2.5–20 % случаев, с летальностью 0.5–7.0 % (Тимошин А. Д. и соавт., 2003; Климов А. Е. и соавт., 2010; Fei В. У. и соавт., 2013). К наиболее известным относят кровотечение, панкреатит, холангит, ретродуоденальную перфорацию и перфорацию стенки желчного протока. Необычным и редким осложнением ЧПХ является травма печени с кровотечением и желчеистечением в свободную брюшную полость.

Клиническое наблюдение

Пациентка Р., 41 года поступила в 1 хирургическое отделение ГБУЗ МО «КГБ № 1» 09.06.2018 г. в срочном порядке с жалобами на боль в верхних отделах живота, тошноту, общую слабость, пожелтение кожного покрова и склер. Считает себя больной с 04.06.2018 г., когда отметила появление боли в эпигастрии, больше справа. Самостоятельно принимала спазмолитики, с кратковременным эффектом. 07.06.2018 г. появилась желтуха. УЗИ органов брюшной полости от 09.06.2018 г.: диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы, билиарная гипертензия (холедох 10 мм). В биохимическом анализе крови: билирубин общий — 118.2 мкмоль/л; билирубин прямой — 63.5 мкмоль/л.

10.06.2018 г. больной выполнена ЭРХГ: многократные попытки канюляции устья общего желчного протока безуспешны. Выполнена супрапапиллярная холедоходуоденостомия (СПХДС). Крыша ампулы БДС рассечена при помощи нетипичного папиллотомы «NeedleCut 3V» фирмы Olympus (KD-V451M). Обнаружен, вскрыт и канюлирован папиллярный сегмент терминального отдела

холедоха (ТОХ). При контрастировании гепатикохоледоха до 10 мм. Внутривенные желчные протоки расширены до 4–5 мм. При ревизии желчного протока корзиной Дормия из холедоха извлечены мелкие камни до 3 мм. Выполнено стентирование желчного протока пластиковым стентом фирмы Olympus, длиной 5.0 см, диаметром 10Fr (PBD-210-1005) на одноразовом проводнике «VisiGlide», 0.035 дюйма, фирмы Olympus (G-2403527S) с прямым дистальным концом. Проксимальный конец стента установлен на уровне средней трети гепатикохоледоха.

Через три часа после ЧПО у пациентки отмечены жалобы на боль в животе. УЗИ органов брюшной полости — объёмное образование левой доли печени, свободная жидкость в брюшной полости. Компьютерная томография (КТ) брюшной полости: гематома печени, размерами 214x54x115 мм; свободная жидкость в брюшной полости (Рис. 1, 2). В общем анализе крови снижение гемоглобина до 69 г/л.

11.06.2018 г. выполнена диагностическая лапароскопия. В брюшной полости жидкая кровь и сгустки. По диафрагмальной поверхности правой и левой доли печени визуализирована гематома с разрывом капсулы и истечением крови. Произведена конверсия. В брюшной полости жидкая кровь и сгустки общим объёмом до 2 литров. После удаления сгустков из полости гематомы отмечено умеренное диффузное кровотечение из паренхимы печени, в месте эвакуированной гематомы. Гемостаз тапонированием. Тампон выведен через отдельный разрез на переднюю брюшную стенку. Брюшная полость санирована и дренирована тремя дренажами. Послеоперационный период протекал в условиях отделения реанимации, где проводилась интенсивная терапия, включая гемотрансфузии. На вторые сутки после оперативного вмешательства отмечено поступление желчи по дрена-

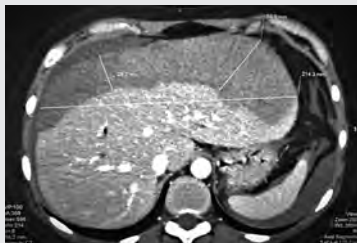


Рис. 1

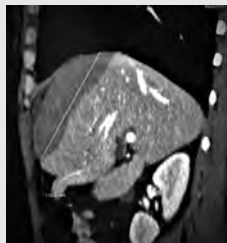


Рис. 2



Рис. 3

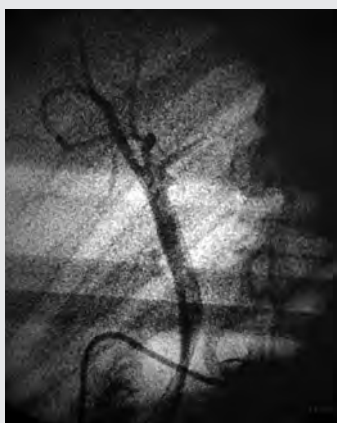


Рис. 4



Рис. 5

жу, локализованному в подпечёночном пространстве в объёме 700 мл в сутки. 13.06.2018 г. выполнена дуоденоскопия и ЭРХГ: в устье холедоха определяется дистальный конец пластикового стента, просвет которого обтурирован замазкообразной желчью. Стент захвачен эндоскопической петлёй и извлечён наружу. Холангиография: гепатикохоледох до 7 мм, внутривнутрипеченочные желчные протоки до 3–4 мм, при тугом контрастировании визуализирована экстрavasация контрастного вещества в проекции 5 сегмента печени (Рис. 3). В просвет правого печёночного протока установлен прямой пластиковый стент фирмы Olympus длиной 10 см, диаметром 8.5 Fr (PBD-210-08-09). Отмечено поступление желчи по стенту. Дополнительно в просвет сегментарных протоков правой доли печени (к области экстрavasации) подведён назобилиарный дренаж фирмы Olympus, диаметром 7 Fr, тип «Альфа» (PBD-V811W-07).

На следующие сутки больная переведена из отделения реанимации в 1 хирургическое отделение, где консервативная терапия была продолжена. По дренажу из малого таза до 150 мл серозно-геморрагического отделяемого, по дренажу из правого поддиафрагмального пространства до 30 мл желчи. По назобилиарному зонду 600 мл желчи. При контрольном УЗИ брюшной полости (15.06.2018 г.) по передней поверхности правой доли печени, участок повышенной эхогенности, с гипозоногенными участками 120x37 мм. По висцеральной контуре печени полоска жидкости до 4 мм. Желчные протоки не расширены, в просвете стент и НБД. Продолжено проведение консервативной терапии, включая антибактериальную (цефепим 2 г 2 раза в день).

Для оценки протоковой ситуации, 20.06.2018 г., выполнена фистулография через назобилиарный дренаж. Билиарный тракт контрастирован. Билиарной гипертензии нет (холедох 5–6 мм). Экстрavasации контрастного вещества не отмечено (Рис. 4). Назобилиарный дренаж извлечён. Для исключения дислокации стента холедоха, выполнена видеодуоденоскопия: положение стента корректное, поступление желчи по стенту визуализировано. Тампон из брюшной полости извлечен на 7 сутки после операции, дренажи удалены на 10 сутки (Рис. 5). Срединная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты. Проводились перевязки. Рана по месту удаленного тампона рыхло заполнялась салфетками с мазью Левомеколь. Заживление вторичным натяжением, без особенностей. Контрольное УЗИ брюшной полости от 21.06.2018 г.: хронический калькулёзный холецистит, организующаяся гематома печени. Билиарной гипертензии нет.

Пациентка выписана из стационара 22.06.2018 г в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства со стентом в желчном протоке, который удалён через два месяца.

Обсуждение. Наряду с широко известными осложнениями существуют и редко встречающиеся: воздушная эмболия, пневмоторакс, пневмоперитонеум, вклинение корзины с камнем в интрамуральный сегмент холедоха (Kwon С. I. и соавт., 2013; Chavalitdhamrong D. И соавт., 2014), канюляция портальной вены и печеночной артерии, дуоденальная обструкция (Kwon С. I. и соавт., 2013), разрыв капсулы селезёнки (Vijeta Pamudurthy и соавт., 2018) и сердечно-легочные осложнения.

Травма печени после ЧПО — редкое осложнение. Точный механизм повреждения не известен. Предполагается, что возможен прокол периферических внутripеченочных желчных протоков проводником (изогнутый мягкий кончик), с повреждением мелких сосудов паренхимы печени (Orellana F, и соавт., 2012; Abdel Aziz AM и соавт., 2007). Мы обнаружили в литературе 22 случая повреждения печени при ЧПО, среди которых только два с повреждением капсулы и кровотечением в брюшную полость, из которых один случай закончился летальным исходом. Все другие повреждения ткани печени были подкапсульные. Отличительной особенностью описанного нами случая является травма печени с разрывом капсулы, кровотечением и желчеистечением в свободную брюшную полость.

Наиболее часто встречаются следующие симптомы: боль в животе (91 %), анемия (39.1 %), гипотензия (39.1 %), лихорадка (21.7 %) и перитонизм (13 %). На начальных этапах развития гематомы печени данные лабораторных методов исследования не несут существенной диагностической ценности, а зачастую и вовсе не изменены. Эффективными методами диагностики такого осложнения являются УЗИ и КТ органов брюшной полости, которые играют ключевую роль в выборе лечебной тактики. Стабильное состояние пациента, отсутствие гемодинамических нарушений и компрессии печеночных вен являются показанием для консервативного лечения таких больных, которое включает в себя профилактическое назначение антибиотиков. В случае инфицирования гематомы с образованием абсцесса рекомендовано проведение

чрескожного чреспеченочного дренирования под контролем КТ или УЗИ.

В случае нестабильной гемодинамики и наличия активного кровотечения показано экстренное хирургическое вмешательство или трансартериальная эмболизация. Хирургическое вмешательство показано при наличии признаков раздражения брюшины, свободной жидкости в брюшной полости и включает в себя эвакуацию гематомы, с последующим гемостазом элетрохирургическим методом или наложением гемостатической губки либо методом пакетирования в случае массивного кровотечения. Прогноз чаще всего благоприятный.

González-López и соавт. в 2015 году описали смертельный случай образования гематомы у больного 30 лет, страдающего доброкачественной стриктурой желчного протока после лапароскопической холецистэктомии. В нашем клиническом наблюдении присутствовали те же клинические признаки, что и вышеописанного больного. Летальный исход авторы объясняют поздней диагностикой развития осложнения, что было исключено в нашем клиническом наблюдении.

Выводы

Гематома печени с разрывом капсулы, развитием кровотечения и желчеистечения в свободную брюшную полость — редкое осложнение ЧПО. Механизм развития его не известен. Ранняя диагностика и многофункциональный подход в лечении являются определяющими звеньями в прогнозе.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ НЕЙРОЛИЗИС (НЕЙРОАБЛЯЦИЯ)

ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Гладышев Д. В., д. м. н., зам. гл. врача по хирургии; Копцов С. В., к. м. н., врач-алголог; Болдырева Е. В., врач-эндоскопист; Трусов И. А., врач-эндоскопист; Андреева Е. И., врач-эндоскопист; Рыженкова И. С., врач-эндоскопист
СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»

г. Санкт-Петербург



■ Гладышев Д. В.



■ Копцов С. В.



■ Болдырева Е. В.



■ Трусов И. А.

Одним из способов борьбы с болью у больных с раком поджелудочной железы VI стадии является денервация или химическая абляция ганглиев солнечного сплетения, как паллиативная мера для улучшения качества жизни.

В функциональном плане ганглии солнечного сплетения являются узлами симпатической и парасимпатической иннервации органов брюшной полости, расположенные выше таза (Рис. 1).

При вовлечении в процесс нервных элементов поджелудочной железы, который обусловлен растяжением капсулы железы, обтурации протока поджелудочной железы (Вирсунгов проток), а также воспалительными изменениями в самой ткани железы возникает интенсивный афферентный поток, идущий по постганглионарным симпатическим волокнам к ганглиям солнечного сплетения, а затем от них по преганглионарным нервам к спинальному ганглию соответствующего уровня спинного мозга и далее по спино-таламическому и таламо-кортикальному проводящим путям, формируя у пациента ноцицептивную картину боли.

С 2016–2018 годов, в СПб ГБУЗ «Городская больница № 40» под наблюдением находилось 5 пациентов с диагнозом: рак поджелудочной железы по международной классификации: T 4N 1M1 (по результатам распространение процесса за пределы железы, наличие метастазов в парааортальные, верхнебрыжеечные лимфоузлы, наличие лимфоузлов ворот печени.)

Средний возраст пациентов составил 45+ 5 лет. Все пациенты мужского пола. Уровень боли превышал 7–8 баллов по шкале ВАШ (визуально-аналоговая шкала), что квалифицировалось как очень интенсивная боль.

Выполнена паллиативная терапия: НПВС, антиконвульсанты (Прегабалин), Опиоиды (У двух пациентов — Тра-

мал, у трёх — Фентанил в виде трансдермальной формы — дюроегезик) — без видимого эффекта.

Процедура осуществлялась в кабинете эндоскопических исследований, под в/в анестезией (Пропофол). Для выполнения процедуры использовались эндоскограф фирмы OLYMPUS GF — UCT 180 с конвексным датчиком, игла фирмы Boston Scientific 22 G. Продолжительность процедуры составила 40–50 минут.

Аппарат вводился в просвет желудка, и на уровне верхней трети тела, через заднюю стенку в УЗ-окне визуализировался чревный ствол и правая ножка диафрагмы, между которыми определялась гипоехогенная структура — ганглии солнечного сплетения (Рис. 2).

Процедура проводилась в два этапа

1. Через канал эндоскопа вводили иглу, трансгастрально под контролем эндоскопа пунктируются ганглии солнечного сплетения, после чего вводился местный анестетик (Ропивакаина 50–100 мг (10–20 мл)), который нужен для обезболивания зоны интереса. (Рис. 3) При введении препарата в зоне сканирования образовывалось эхонегативное облако, затрудняющее визуализацию этой зоны, в связи с чем, процедура приостанавливалась на 15–20 минут. Затем, после улучшения визуализации переходили ко второму этапу процедуры.

2. На втором этапе через иглу вводили 98 % этиловый спирт в количестве 20–30 мл, тем самым вызывая денатурацию белков. Как следствие — асептический некроз нервных структур и прерывание афферентной импульсации.

После проведенного нейролизиса, пациент оставался в стационаре в течение 1 суток для мониторинга состояния и оценки динамики снижения болевого синдрома. У всех пяти пациентов в течение 1–2 дней после мани-

пуляции наблюдалось снижение интенсивности болевого синдрома, что можно расценить как анальгетический эффект местного анестетика. На третьи сутки у трёх пациентов отмечалась выраженная положительная динамика в виде снижения болевого синдрома до 3–4 баллов по ВАШ. У двух — болевой синдром возобновился, потребовавший проведение повторной нейроабляции. У одного пациента при повторной абляции эффективность блокады оценивалась как сомнительная: 5–6 баллов по шкале ВАШ.

Наблюдение осуществлялось в течение 1 месяца. Большинство пациентов перестали систематически принимать наркотические анальгетики.

Из побочных действий: отмечалась гипотония, как симпатолитический эффект местных анестетиков, который купировался инфузией 500 мл кристаллоидов во время самой манипуляции. Диарея, как возможный ваголитический эффект этилового спирта. Пациенту был назначен Имоидум в терапевтической дозе. Подобная мера снизила интенсивность диареи до 2–3 раза в сутки и способствовало формированию кашицеобразного стула. Гастростаз, потребовавший дополнительных мер для его купирования (Церукал в\в).

Таким образом, эндоскопическая абляция ганглиев солнечного сплетения с помощью эндоскопической техники является одним из перспективных, эффективных и безопасных методов лечения болевого синдрома у пациентов с неоперабельным раком поджелудочной железы, как элемент паллиативной терапии. Требуется дальнейшее изучение этого способа борьбы с болью, на основании большего количества данных.

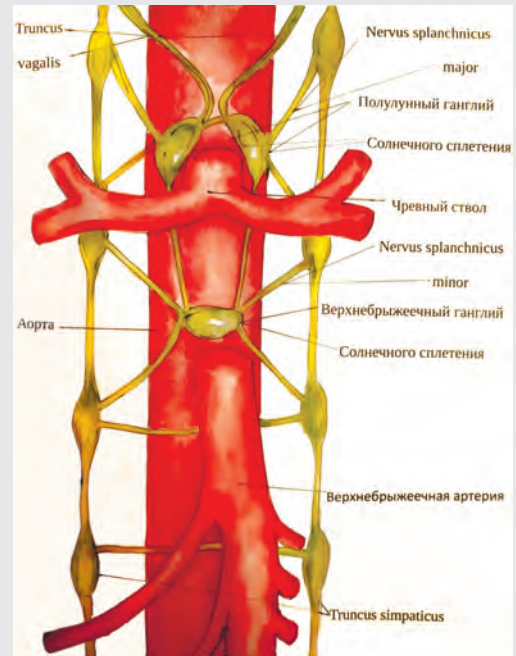


Рис.1. Схема строения ганглиев «солнечного сплетения»

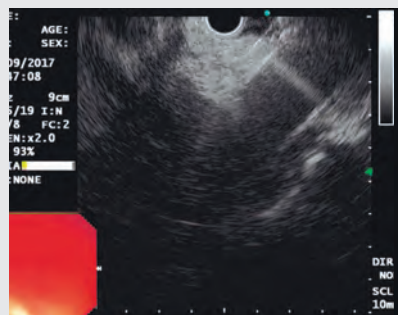


Рис.2. УЗ-картинка сосудисто-нервных структур на уровне чревного ствола.



Рис.3. Схема пункции ганглия солнечного сплетения с помощью эндосаногорофа

ХОЛАНГИОСКОПИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ SPYGLASS

Гладышев Д. В., д. м. н., зам. гл. врача по хирургии; Попов К. И., врач-хирург; Болдырева Е. В., врач-эндоскопист; Рыженкова И. С., врач-эндоскопист; Эфендиев А. О., врач-эндоскопист; Трусов И. А. врач-эндоскопист
СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»

г. Санкт-Петербург



■ Гладышев Д. В.



■ Попов К. И.



■ Болдырева Е. В.



■ Трусов И. А.

Электронная видеосистема SpyGlass (Boston Scientific Company, США) (Рис. 1) предназначена для выполнения транспапиллярной холангиопанкреатоскопии. Данный прибор обеспечивает высокое разрешение при визуализации желчных протоков и протоков поджелудочной железы. Диаметр рабочей части SpyScore составляет 3,34 мм, это позволяет проводить исследование через рабочий канал большинства моделей дуоденоскопов, осматривать панкреатический проток и желчные протоки до сегментарных, а наличие рабочего канала, диаметром 1,2 мм, позволяет выполнять прицельную биопсию и лечебные манипуляции, что делает данную систему уникальной. Видеосистема SpyGlass значительно расширяет диагностические и лечебные возможности пероральных эндоскопических транспапиллярных вмешательств на протоках панкреатобилиарной зоны.

Клиническое наблюдение

В клиническом наблюдении представлено использование системы SpyGlass (Boston Scientific Company, США) для выполнения холангиоскопии у пациентки с доброкачественной стриктурой общего печеночного протока и резидуальным холедохолитиазом.

В СПб ГБУЗ «Городская больница № 40» поступила пациентка 74 лет с клинической картиной механической желтухи, с жалобами на боли в правом подреберье в течение 3 дней, повышение температуры до 37,8° С. Со слов больной известно, что около 10 лет назад была выполнена холецистэктомия (на передней брюшной стенке рубец после срединной лапаротомии, выписок нет). В течение последних 3 лет пациентка отмечает периодические при-

ступообразные боли в правом подреберье с подъемами температуры после нарушения диеты. Ранее за медицинской помощью не обращалась. Приступы купировались самостоятельно.

При обследовании в биохимическом анализе крови отмечается повышение общего билирубина до 97,4 мкмоль/л, прямого билирубина до 31,7 мкмоль/л, аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 986 U/l, аспаратаминотрансферазы (АСТ) до 874 U/l. Выполнена магниторезонансная томография (МРТ): Состояние после холецистэктомии. Внутри- и внепеченочные желчные протоки расширены: ширина правого и левого главных печеночных протоков до 0,5–0,6 см, сегментарные и субсегментарные протоки умеренно расширены до 0,5 см и 0,3 см соответственно. Гепатиколедох расширен до 0,75 см. В просвете холедоха на уровне средней трети дифференцируется овальной формы зона гипоинтенсивного во всех ИП МР-сигнала, размерами ~ 1,8x0,6x0,7 см — конкремент? Дистальнее изменений холедох не расширен: шириной до 0,45 см и 0,25 см соответственно. Область впадения холедоха и общего панкреатического протока в 12 перстную кишку прослеживается (Рис. 2, 3). Заключение: Состояние после холецистэктомии. МР-картина умеренно выраженной билиарной гипертензии. Холедохолитиаз (конкремент в средней трети холедоха).

По результатам обследования сформулированы показания для эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ).

При ЭРХПГ холдох не расширен (0,7 см.), выявлено сужение общего печеночного протока до 0,2–0,3 см

на протяжении 0.3 см. выше сужения определяется расширение печеночных протоков до 0.6–0.7 см. При тугом контрастировании патологических теней (конкрементов, других включений) не выявлено. Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) для более комфортного доступа к холедоху, выполнения баллонной дилатации стриктуры и стентирования желчных протоков. Ревизия холедоха корзиной Dormia — конкрементов не выявлено. При баллонной дилатации баллоном 0.5 см., стриктура общего печеночного протока плотная, не поддается растяжению, эффекта от дилатации нет. Холедох и общий печеночный проток протезированы пластиковым стентом 8 Fr, длиной 9 см. Заключение: Короткая, одиночная стриктура общего печеночного протока.

После операции пациентка отмечала улучшение общего состояния. В контрольных анализах крови определялось снижение показателей общего и прямого билирубина, обусловленное дренированием желчных протоков пластиковым стентом.

Из-за расхождений данных МРТ и ЭРХПГ, отсутствия адекватного эффекта от баллонной дилатации стриктуры принято решение о выполнении пациентке холангиоскопии с использованием видеоцифровой системы SpyGlass для уточнения характера сужения общего печеночного протока и причин механической желтухи.

В плановом порядке пациентка повторно госпитализирована для проведения холангиоскопии с использованием видеосистемы SpyGlass.

При холангиоскопии на уровне общего желчного протока выявлены лигаменты формирующие циркулярную стриктуру с фиксированным на них конкрементом (Рис. 4, 5). Конкремент удален корзиной Dormia. Лигаментные нити, которые поддерживали хроническое воспаление, являлись причиной формирования стриктуры и образования на них конкрементов, удалены щипцами под контролем системы SpyGlass (Рис. 6, 7).

Выполнена баллонная дилатация стриктуры баллоном 0,5см, после которой, SpyScore свободно проведен через зону сужения, осмотрены желчные протоки выше стриктуры до уровня сегментарных — патологии не выявлено (Рис. 8, 9). Через канал SpyScore в долевые желчные протоки проведена струна, по которой за стриктуру установлен пластиковый стент 10 Fr длиной 9 см. Заключение: Резидуальный холедохолитиаз. Доброкачественная стриктура общего печеночного протока. Инородное тело (лигаменты) общего печеночного протока.

После операции на вторые сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. Холедохоскопия с применением системы SpyGlass позволила нам сформулировать окончательный диагноз, установить причину образования стойкой стриктуры общего печеночного протока и формирования резидуального холедохолитиаза.

2. Наличие в SpyScore рабочего канала позволило удалить лигаменты в области стриктуры и избежать необходимости выполнения сложных полостных операций, сократить сроки лечения и госпитализации пациентки.

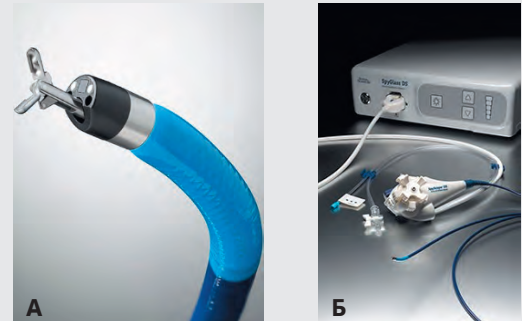


Рис. 1 (А, Б). Видеосистема SpyGlass (Boston Scientific Company, США):
А) дистальный отдел SpyScore с биопсийными щипцами SpyBite;
Б) блок управления SpyGlassDS



Рис. 2. Внутри- и внепеченочные желчные протоки расширены. В просвете холедоха овальной формы зона гипоинтенсивного МР-сигнала - конкремент?

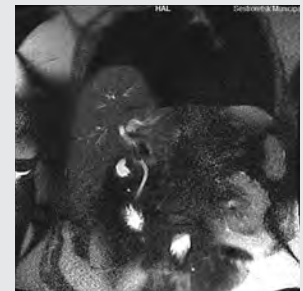


Рис. 3. Область впадения холедоха и общего панкреатического протока в 12-перстную кишку не изменена

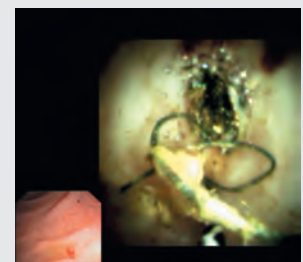
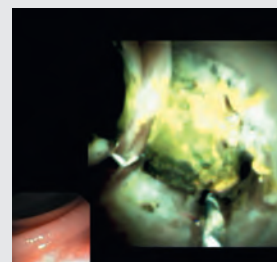


Рис. 4, 5. Лигаменты формирующие стриктуру общего желчного протока с фиксированным конкрементом

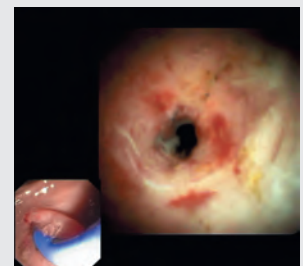
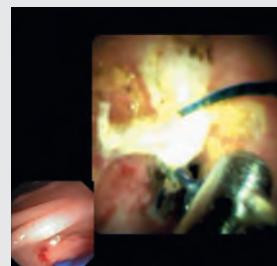


Рис. 6, 7. Удаление лигатур при помощи щипцов SpyBite под контролем системы SpyGlass

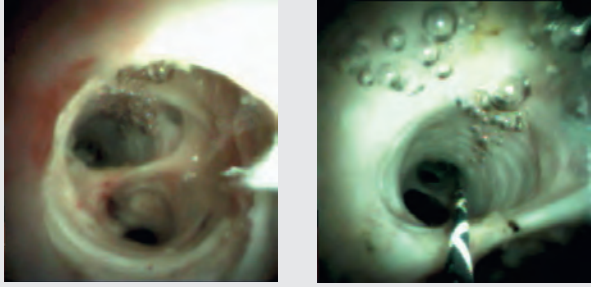


Рис. 8, 9. Неизмененные долевые и сегментарные желчные протоки. Проведенная струна за стриктуру общего печеночного протока под контролем системы SpyGlass

3. Применение холангиопанкреатоскопии с использованием системы SpyGlass в клинической практике значительно расширяет возможности диагностики и лечения при транспапиллярных вмешательствах.

4. Внедрения данной методики в специализированных стационарах РФ позволит значительно расширить диагностические и лечебные возможности врачей эндоскопистов в лечении заболеваний панкреатобилиарной системы.

Литература

1. Parsi M.A., et al. Utility of a prototype peroral video cholangioscopy system with narrow-band imaging for evaluation of biliary disorders (with videos) *Gastrointest Endosc.* 2011;74:1148–1151
2. Itoi T. et al. Diagnostic value of image-enhanced video cholangiopancreatography *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2009; 19: 557–66
3. Korrapati P., et al. The efficacy of peroral cholangioscopy for difficult bile duct stones and indeterminate strictures: a systematic review and meta-analysis. *Endosc Int Open.* 2016 Mar;4(3): E 263–75. doi: 10.1055/s-0042–100194. Epub 2016 Feb 4.
4. Navaneethan U. et al. Single-operator cholangioscopy and targeted biopsies in the diagnosis of indeterminate biliary strictures: a systematic review *Gastrointest Endosc* 2015; 81(1): 168–76.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Денисова А.Б., Самойленко А.В., Мелкомуков В.А., Антипенко Н.Е., Чащин Р.Н., Язикова Ю.В.
Жегалов П.С., зав. эндоскопическим отделением КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Носков И.Г., кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО.

г. Красноярск



■ Денисова А.Б.

■ Жегалов П.С.

■ Самойленко А.В.

■ Мелкомуков В.А.

■ Чащин Р.Н.

■ Язикова Ю.В.

Актуальность

Постнекротическая киста поджелудочной железы (псевдокиста) — наиболее частое осложнение перенесенного деструктивного панкреатита. По различным данным острый панкреатит осложняется формированием псевдокист от 7 % до 80 % [1]. Частота осложнений при псевдокистах варьирует от 20 до 70 % [2] [3] и может включать инфицирование, перфорацию в брюшную полость с формированием внутренних или наружных свищей, аррозивные кровотечения, обструкцию органов брюшной полости, механическую желтуху и другие [4]. Существует несколько малоинвазивных способов лечения псевдокист поджелудочной железы (ПЖ). К ним относятся перкутанные пункционно-дренирующие методы, лапароскопия, операции из мини-доступа. Кроме того, могут быть использованы транс-папиллярные вмешательства и трансорганные вмешательства [5].

Материалы и методы

На базе Краевой клинической больницы было произведено сравнительное исследование различных методов дренирования псевдокист ПЖ. Производился анализ результатов лечения пациентов в период с 2013 по 2017 годы. Пациенты были разделены на четыре группы. Первой группе пациентов было проведено традиционное хирургическое лечение (n= 32). Пациентам из второй группы исследования проводилось черезкожное дренирование полости (n=26). В третьей группе исследования применялось трансгастральное дренирование под ЭУС-наведением (n=29). В четвертой же группе применялась комбинация малоинвазивных методов. Характеристики пациентов по размеру кисты, ее

локализации представлены в таблице 1 и 2. Кроме того, в таблице 3 приведено соотношение пациентов с сформированными кистами и несформированными (жидкостными скоплениями).

Табл. 1. Среднее значение размеров образований у пациентов группах сравнения

Сравнение групп по размеру кист, см		
Группы	Среднее значение Ме (P25; P75)	Статистическое значение
1 группа	9,85 (8,15;11,2)	N=7,163293, p=0,0669
2 группа	11,2 (9;13)	
3 группа	9 (8,4;13)	
4 группа	12,1 (10;13,7)	
Критерий Краскела-Уоллиса (p<0,05)		

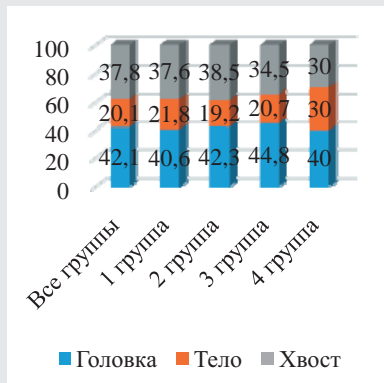


Рис. 1. Соотношение в % локализации псевдокисты



Рис. 2. Распределение пациентов по степени сформированности псевдокисты, %.

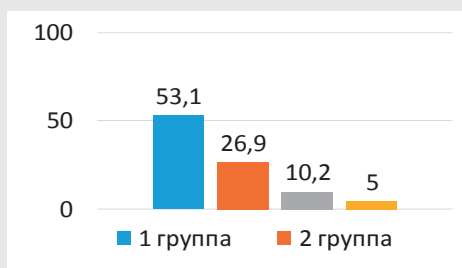


Рис. 3. Количество осложнений в группах исследования, %

Хирургическими методами лечения, использовавшимися у первой группы пациентов, были наложение цистоеюноанастомоза, наружное дренирование, наложение цистогастроанастомоза или цистодуоденоанастомоза. В четвертой группе исследования проводилось стентирование главного панкреатического протока (ГПП) в комбинации с транслюминальным дренированием под ЭУС-наведением или чрескожным дренированием под УЗ-контролем или транслюминальное дренирование под ЭУС-наведением + чрескожное дренирование под УЗ-контролем.

Целью исследования было улучшение результатов лечения пациентов с постнекротическими кистами ПЖ, разработка оптимального диагностического алгоритма больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы, позволяющего определять топические и морфологические особенности кисты и планировать лечебную тактику.

Результаты

В ходе исследования эффективность лечения оценивалась по следующим показателям: купированию осложнений ПКПЖ, динамике редукции полости ПКПЖ, продолжительности лечения, наличию осложнений оперативных вмешательств, в т.ч. формированию наружного панкреатического свища, частоте рецидивов и летальности. Для оценки использовались лабораторные показатели, данные инструментальных методов исследования (УЗИ, МСКТ, МРТ, ЭРХПГ и др.). Сравнение групп по количеству послеоперационных осложнений представлено на Рис. 3.

В ходе работы был сформирован лечебно-диагностический алгоритм, представленный на Рис. 4.

Открытые вмешательства у пациентов с ПКПЖ сопряжены с высокой частотой формирования наружного панкреатического свища — 75 %, рецидивов — 21,9 %, несостоятельности цистодигестивных анастомозов — 12,5 %, неблагоприятных исходов — 9,4 %, что является причиной низкой эффективности лечения у 50,1 % больных. Малоинвазивные методы в лечении псевдокист демонстрируют свою эффективность. Трансмуральное дренирование под ЭУС-наведением было связано с низким уровнем осложнений (10,2 %), также как и комбинированный способ ведения (5,0 %). При использовании обоих методов не наблюдалось формирование панкреатических свищей. **Выводы.** Точная диагностика топических и морфологических особенностей ПКПЖ позволяет обосновать выбор оптимальной лечебной тактики и предложить персонализированный подход в применении малоинвазивных технологий. При верификации однокамерных стерильных ПКПЖ без разгерметизации протоковой системы эффективность изолированного перкутанного дренирования под УЗ-контролем составляет 96 %, при инфицированных кистах с однородным содержимым ПКПЖ изолированное транслюминальное дренирование эффективно в 85 %. Наличие перегородок, секвестров, связи кисты с ГПП диктует необходимость сочетанного применения малоинвазивных технологий.



Рисунок 4. Лечебно-диагностический алгоритм при ПКПЖ

Литература

1. Ившин В.Г. Ившин М.В. Чрескожное лечение больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом. Тульская технология. — Тула: Гриф и К, 2013. — 128 с.
2. Авдеев А.М. Хирургическое лечение псевдокист поджелудочной железы осложнённых перфорацией [текст] / А.М. Авдеев, М.А. Абдулаев // Сб. матер. науч.— практ. конф. молодых учёных и специалистов «Трансляционная медицина: от теории к практике» СЗГМУ им И.И. Мечникова. — СПб., — 2013. — С. 11–12.
3. Pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis. Surgical or interventional drainage? Boerma D, Obertop H, Gouma DJ Ann Ital Chir. 2000 Jan-Feb; 71(1):43–50.
4. Predictive factors in the outcome of pseudocysts complicating alcoholic chronic pancreatitis. Gouyon B, Lévy P, Ruszniewski P, Zins M, Hammel P, Vilgrain V, Sauvanet A, Belghiti J, Bernades P Gut. 1997 Dec; 41(6):821–5.
5. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. World J Gastroenterol. 2009;15(1):38–47.

СТЕНТИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА. ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?

Жданов А.В., зав. эндоскопическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», врач-хирург, эндоскопист
Корымасов Е.А., директор ИПО, проректор по лечебной работе, д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии ИПО СамГМУ, гл. внештатный хирург МЗ Самарской области
Навасардян Н.Н., к.м.н., зам. гл. врача по хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», врач-хирург

г. Самара



■ Жданов А.В.



■ Корымасов Е.А.



■ Навасардян Н.Н.

Введение

Широкое применение ЭРХПГ в клинической практике позволило снизить послеоперационную летальность и экономические затраты на лечение определенной группы пациентов. Однако сохраняется риск развития осложнений после вмешательства. К наиболее часто встречающемуся осложнению стоит отнести острый панкреатит. Смертность от панкреатита остается достаточно высокой и достигает 3% случаев[1]. Применение комплексной профилактики осложнения на основании выделения наиболее подверженной риску острого постманипуляционного панкреатита (ОПП) группе пациентов, позволяет существенно снизить частоту развития осложнения. Однако не у всех пациентов удается предугадать развитие панкреатита. Для проведения лечения осложнения, все чаще предпринимаются попытки стентирования главного панкреатического протока (ГПП) в первые часы с момента развития заболевания.

Цель исследования

Демонстрация результатов стентирования главного панкреатического протока в лечении острого постманипуляционного панкреатита.

Материалы и методы

За пятилетний период было выполнено 946 транспиллярных вмешательств в различном объеме. Острый панкреатит наблюдался в 41 случае. Пациенты были разделены на две условные группы. Ретроспективно изученная группа пациентов включала 19 человек с раз-

вившимся ОПП. На основании изучения клинических и демографических данных ретроспективной группы пациентов, были выделены основные факторы риска развития ОПП: женский пол, возраст 20–40 лет, холедохолитиаз, случайное канюлирование ГПП, атипичная папиллосфинктеротомия (ПСТ). Это позволило в дальнейшем с высокой долей вероятности прогнозировать развитие осложнения и проводить инструментальную профилактику с высокой эффективностью. Однако не во всех случаях развитие ОПП было спрогнозировано. В период, когда стентирование главного панкреатического протока было уже внедрено в клиническую практику, наблюдалось 12 случаев острого панкреатита, которые не удалось спрогнозировать. Это было связано с тем, что пациенты не входили в группу риска осложнения. Клиническая картина складывалась из развития и усиления стойкого болевого синдрома в верхних этажах брюшной полости. Купировать болевые ощущения у пациентов не удавалось даже с применением наркотических анальгетиков.

При пальпации отмечалась выраженная болезненность в проекции поджелудочной железы, а в лабораторных показателях обращала на себя внимание гипермилаземия (от 450 до 1600 Ед/л). Стоит сказать, что послеоперационное повышение амилазы крови, без клинических проявлений и УЗИ признаков воспаления поджелудочной железы, не было основанием для выставления диагноза острый панкреатит, а считалось закономерной реакцией поджелудочной железы на манипуляцию. При проведении повторной дуоденоскопии у всех пациентов

отмечался отек большого дуоденального соска (Рис. 1). Это с высокой долей вероятности позволяло судить о нарушении оттока панкреатического сока в связи с отеком устья главного панкреатического протока.

В 10 случаях была предпринята попытка применения метода стентирования главного панкреатического протока в первые 24 часа с момента развития болевого синдрома. Канюлировать и стентировать ГПП удалось в семи случаях (70%). Поиск устья ГПП осуществлялся при помощи характерного направления катетера на 13–14 часов условного циферблата. Правильность канюлируемого протока контролировалась при помощи введения в проток нитинолового проводника с атравматичным кончиком (Рис. 2). При канюляции ГПП и проведении проводника в протоковую систему железы, наблюдалось обильное поступление панкреатического сока в просвет ДПК.

Далее производилась установка панкреатического стента диаметром 5fr, длиной не более 5см, со множественными перфоративными отверстиями по всей длине (Рис. 3, 4). Стент имеет загиб дуоденального конца по типу «rigtail», а так же шип-фиксатор на панкреатическом конце. Такая конструкция является оптимальной. Во всех случаях наблюдалось поступление панкреатического сока через просвет стента сразу же после установки. У всех пациентов отмечалось купирование болевого синдрома в первые сутки с момента стентирования ГПП. Так же наблюдалось купирование гиперамилаземии в течении суток. Все пациенты субъективно отмечали улучшение. При обследовании больного обращало на себя внимание отсутствие болезненности при пальпации в эпигастрии. Так же отсутствовали УЗИ признаки воспалительных явлений поджелудочной железы.

Пациенты получали комплексную консервативную терапию, включающую в себя в/в введение физиологического раствора в объеме не менее 1600 мл в сутки, в/м введение антибиотика широкого спектра действия, подкожное введение р/ра Октреатида 100мкг 3 раза в сутки, спазмолитическую терапию и обезболивающие препараты по показаниям. Питание пациента осуществлялось на вторые сутки после установки стента. Средний период пребывания в ОРИТ составил 1–2 суток. Удаление стента производилось на 5–6 сутки с момента установки. Для удаления стента использовался видеогастроскоп и зажим типа «крысиный зуб». После удаления стента клинической картины острого панкреатита не наблюдалось. Специфического лечения после удаления стента не производилось. На вторые сутки после извлечения стента осуществлена выписка пациентов из стационара. Среди пациентов, которым не удалось или не производилось стентирование главного протока поджелудочной железы, острый панкреатит протекал в более тяжелой форме. Болевой синдром не купировался в течении 3–4 суток, отмечалось вздутие живота, отсутствие перистальтики и гиперамилаземия свыше 500ед/л, присоединялись инфекционные осложнения.

Пациенты находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии в течении 5–7 суток с момента развития осложнения. Общий период госпитализации был существенно дольше по отношению

к стентированным пациентам. Кроме озвученных случаев, в данный же период времени мы наблюдали двух пациентов: женщина 57 лет и мужчина 45 лет, с развившимся ОПП. Пациентам выполнили стентирование Вирсунгова протока уже по истечении 48 часов. В обоих случаях наблюдалось повышение амилазы крови и мочи более чем в 5 раз выше нормы в первые часы с момента выполнения первичного ЭРХПГ. Наблюдался выраженный болевой синдром.

К исходу вторых суток по данным УЗИ выявлен отек поджелудочной железы и наличие выпота в сальниковой сумке. В первые двое суток были предприняты попытки интенсивной терапии, которая не принесла улучшение состояния пациентов. Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока было выполнено лишь через 48 часов. В обоих случаях эндоскопическая операция была затруднительной из-за выраженного отека БДС и нисходящей части ДПК. После стентирования ГПП наблюдалось обильное поступление мутного жидкостного содержимого по панкреатическому стенту. Не смотря на выполненное стентирование Вирсунгова протока, у обоих пациентов наблюдалось дальнейшее прогрессирование острого панкреатита. Обоим пациентам выполнено хирургическое лечение в объеме некр-секвестрэктомии. В одном случае госпитализация длилась 63 дня и закончилась выздоровлением. В другом случае пациент скончался на 4е сутки после хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждения

Достоверно известно о том, что наиболее вероятной

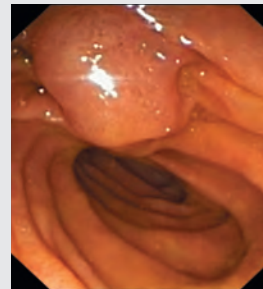


Рис. 1. Отек БДС

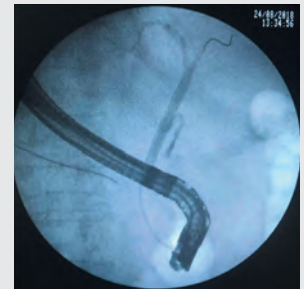


Рис. 2. Селективная канюляция вирсунга и холедоха



Рис. 3. Установка панкреатического стента



Рис. 4. Панкреатический стент

причиной развития острого панкреатита после транспиллярных вмешательств является отек устья панкреатического протока. В результате блокируется отток панкреатического сока. Это ведет к повышению давления в протоковой системе поджелудочной железы. Гипертензия Вирсунгова протока негативно сказывается на ткани железы и вызывает воспалительный ответ. Применение консервативной терапии не является эффективным, т.к. не устраняется главный фактор развития осложнения — отек устья БДС. Проведение повторной дуоденоскопии после начала развития острого панкреатита позволяло выявить отек БДС во всех случаях. Установка пластикового панкреатического стента позволяет купировать гипертензию в главном панкреатическом протоке. В группе с проведенным стентированием ГПП, отмечалось более легкое течение острого панкреатита. Это было обусловлено нормализацией оттока панкреатического секрета в просвет

ДПК. При удалении панкреатического стента на 5–6 сутки с момента его установки, во всех случаях отмечалось купирование отека устья БДС. При визуальном осмотре БДС отмечалось свободное продольное перемещение стента при перистальтических движениях ДПК, что косвенно свидетельствовало об отсутствии сдавливающего действия отечных тканей ДПК.

Выводы

Выполнение стентирования Вирсунгова протока должно быть предпринято в кратчайшие сроки с момента развития клинической картины острого постманипуляционного панкреатита, это позволяет полностью купировать дальнейшее прогрессирование осложнения. Стентирование главного панкреатического протока является единственным патогенетическим лечением острого постманипуляционного панкреатита

Литература

1. Jean-Marc Dumonceau, Angelo Andriulli, B. Joseph Elmunzer, Alberto Mariani, Tobias Meister, Jacques Deviere, Tomasz Marek, Todd H. Baron, Cesare Hassan, Pier A. Testoni, Christine Kapral. Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline –Updated June 2014. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1377875>

СТЕНТИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА. КОМУ? КОГДА? ЗАЧЕМ?

Жданов А.В., зав. эндоскопическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», врач-хирург, эндоскопист
Корымасов Е.А., директор ИПО, проректор по лечебной работе, д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии ИПО СамГМУ, гл. внештатный хирург
МЗ Самарской области
Навасардян Н.Н., к.м.н., зам. гл. врача по хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», врач-хирург

г. Самара

Введение

Транспапиллярные вмешательства широко используются в лечении пациентов с билиарной гипертензией, желчнокаменной болезнью, вирусунголитиазом и стенозами желчных протоков и т.д. Применение малоинвазивных технологий позволяет существенно снизить затраты на лечение пациента, средний период госпитализации и летальность. Однако нельзя считать ретроградные транспапиллярные вмешательства полностью безопасными. Одним из наиболее опасных состояний является острый постманипуляционный панкреатит (ОПП). Нередко острый панкреатит после ЭРХПГ возникает непредсказуемо и протекает крайне агрессивно. Интенсивная терапия приносит пользу большинству пациентов, но во многих случаях не позволяет избежать развития панкреонекроза, гнойно-септических осложнений и летального исхода.

Цель

Ретроспективно выделить наиболее подверженную развитию острого панкреатита группу пациентов перенесших транспапиллярные вмешательства. Демонстрация результатов стентирования Вирсунгова протока в качестве профилактики развития и лечения острого постманипуляционного панкреатита.

Материалы и методы

Всего выполнено 946 ЭРХПГ в различном объеме за 5ти летний период. Проведена ретроспективная оценка 19ти случаев развития острого панкреатита среди пациентов, перенесших ЭРХПГ. Все пациенты отмечали стойкий болевой синдром не купирующийся наркотическими анальгетиками в течении 3–4 суток. Отмечалось повышение α -амилазы крови более чем в 5 раз в первые сутки после вмешательства. Гиперамилаземия не купировалась в течении 4–6 суток, даже при условии ведения препаратов уменьшающих секрецию поджелудочной железы. У 4х пациентов в последующем был диагностирован асептический панкреонекроз, с наличием агрессивного выпота в брюшной полости и присоединение инфекционных осложнений, что потребовало проведения оперативных

вмешательств. В 2х случаях последовал летальный исход. Средний период госпитализации оперированного больного составил 40–60 дней. Не оперированные пациенты провели в стационаре в среднем 14–16 дней. Распределение пациентов по возрасту показало, что 16 пациентов были в возрасте 20–40 лет; 2 пациента в возрасте 40–

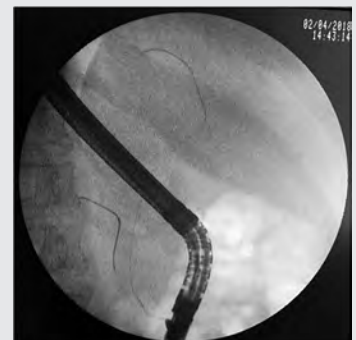


Рис. 1. Селективная канюляция



Рис. 2. Канюляция Вирсунгова протока



Рис. 3. Установка панкреатического стента

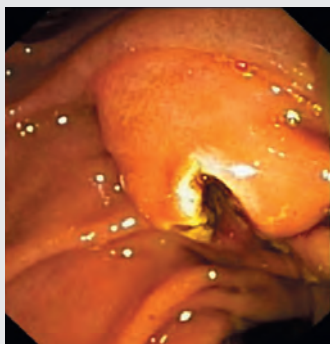


Рис. 4. Отек БДС после ПСТ

60 лет; 1 пациент в возрасте 60–80 лет. У данных пациентов наблюдался ряд общих исходных факторов. Острый панкреатит развивался, как правило, у лиц молодого возраста до 40 лет (84.2%). Женщины были подвержены данному состоянию в 18 (95%) случаях. У 7 пациентов операция проводилась без выраженного расширения желчных протоков (36.8%). Механическая желтуха наблюдалась у 16 пациентов (84.21%). Уровень билирубина составлял от 85 до 450 мкмоль/л. У 3-х пациентов (15.7%) вмешательство выполнялось в плановом порядке, при выявленном, по данным УЗИ, холедохолитиазе. Наличие холедохолитиаза было отмечено у 14 пациентов (73.6%). Атипичная папиллосфинктеротомия (ПСТ) выполнялась в 12 (63.6%) случаях. В 8 случаях наблюдалось неоднократное попадание рабочего инструмента (проводника) в Вирсунгов проток. Таким образом, вероятность развития острого постманипуляционного панкреатита увеличивается при совокупности следующих факторов: молодой возраст, женский пол, холедохолитиаз, применение атипичной ПСТ, неоднократное попадание рабочего инструмента в протоковую систему поджелудочной железы при канюляции устья большого дуоденального соска (БДС). В следующий период времени проспективно изучено влияние стентирования главного панкреатического протока поджелудочной железы.

В период 2015–2019 гг. выполнено 735 транспапиллярных вмешательств. В данный период времени производилось прогнозирование развития ОПП. Среди общего числа пациентов были выявлены 71 человек, у которых

наблюдалась совокупность факторов риска развития острого панкреатита. Выполнить стентирование Вирсунгова протока удалось в 54 случаях. Технический успех составил 76%. Учитывая проведенный ранее анализ пациентов, с развившимся острым постманипуляционным панкреатитом, и выявив группу пациентов с наиболее выраженным риском развития данного осложнения, был принят алгоритм действий.

Если в процессе канюляции БДС, у пациента с высоким риском развития осложнения, наблюдались трудности проведения рабочего инструмента в холедох (рабочий инструмент неоднократно, более 3-х раз попадал в главный панкреатический проток (ГПП)), то с профилактической целью выполнялось стентирование ГПП (Рис. 1). Установка стента производилась под рентгеновским контролем по струне проводнику 0.035 с мягким атравматичным кончиком 5см. Контрастирование Вирсунгова протока не проводилось с целью избежания дополнительного провоцирующего фактора развития панкреатита (Рис. 2, 3). Стент устанавливался кратковременно, не более 5–7 суток. Данного периода было достаточно для купирования отека области БДС и восстановления естественного пассажа панкреатического сока в просвет ДПК. По истечении указанного периода, как правило, происходила произвольная миграция стента в кишечник. Если этого не наблюдалось, то выполнялось эндоскопическое удаление эндопротеза. Для контроля за расположением панкреатического стента использовался рентгенологический снимок брюшной полости. В этот же период проводился комплексный клинический, лабораторный и инструментальный контроль за состоянием пациента. Ни у одного пациента в группе проведенного профилактического стентирования ГПП не отмечалось отклонений от нормальных показателей размеров поджелудочной железы. У 11 (20.37%) пациентов отмечалось кратковременное до 2-х суток повышение амилазы крови и мочи, не более чем в 3 раза. Гиперамилеземия купировалась самостоятельно, без применения дополнительных вмешательств. В группе пациентов, которым было выполнено стентирование ГПП и у которых возникновение осложнения было наиболее вероятным, случаев острого панкреатита не наблюдалось. Среди пациентов имевших факторы риска развития ОПП, которым не удалось выполнить установку стента, острый панкреатит развился в 10 случаях (58%) несмотря на проводимую медикаментозную профилактику. В результате применения профилактического стентирования главного панкреатического протока у пациентов с высоким риском развития острого панкреатита удалось снизить частоту острого постманипуляционного панкреатита с 9,0% до 2,9%.

Способ прогнозирования острого панкреатита на основании выделения совокупности факторов риска показал свою высокую эффективность. Однако в указанный период времени наблюдались 10 случаев ОПП среди пациентов, не имевших совокупности факторов риска развития осложнения и не попавшие в группу риска развития осложнения. Во всех случаях диагноз был установлен на основании клинической картины и лабораторных показателей крови. Во всех случаях выполнена повторная дуоденоскопия в первые сутки с момента развития осложнения. Отмечался выраженный отек БДС,

что косвенно свидетельствовало о блоке устья Вирсунгова протока (Рис. 4). При дуоденоскопии выполнена попытка канюляции и стентирования ГПП. Выполнить стентирование удалось в 7ми случаях. После установки стента наблюдалось обильное поступление панкреатического сока в просвет ДПК. Стент устанавливался на 6 суток. Параллельно проводилось комплексное консервативное лечение панкреатита. Все пациенты отмечали выраженную положительную динамику после повторного вмешательства. Болевой синдром и гиперамилаземия купированы в первые сутки у всех пациентов. Выписка пациентов осуществлена на вторые сутки после удаления стента. Рецидива острого панкреатита после удаления стента не было. Среди пациентов с проведенным лечебным стентированием ГПП в первые сутки с момента развития осложнения, острый панкреатит протекал в легкой степени. Так же отмечено более быстрое купирование осложнения, в сравнении с нестентированными пациентами. В результате применения лечебного стентирования

Вирсунгова протока удалось избежать развития гнойно-некротических осложнений течения острого панкреатита у всех стентированных пациентов.

Заключение.

Выделение группы риска развития острого постманипуляционного панкреатита среди пациентов, перенесших транспапиллярные вмешательства, позволяет с высокой долей вероятности прогнозировать развитие осложнения. Стентирование ГПП должно рассматриваться как главная профилактическая мера развития осложнения. Это позволяет существенно снизить затраты на лечение пациента, уменьшить койко-день, снизить летальность от реактивного панкреатита. Возможность стентирования Вирсунгова протока должна рассматриваться как основная мера лечения панкреатита после транспапиллярных вмешательств, т.к. она является патогенетической и устраняет главную причину развития осложнения (отек устья главного панкреатического протока).

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА?

Жданов А. В., зав. эндоскопическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», врач-хирург, эндоскопист
Корымасов Е. А., директор ИПО, проректор по лечебной работе, д. м. н., проф., зав. кафедрой хирургии ИПО СамГМУ, гл. внештатный хирург
МЗ Самарской области
Навасардян Н. Н., к. м. н., зам. гл. врача по хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», врач-хирург

г. Самара

Введение

Опухоли панкреатобилиарной зоны занимают 15% всех опухолевых заболеваний ЖКТ[1]. Сложность диагностики заключается в длительном бессимптомном течении. Зачастую заболевание диагностируется на поздней стадии и сопровождается механической желтухой, которая требует различных декомпрессионных вмешательств в качестве первого этапа лечения. Нередко пациент признается неоперабельным в силу различных причин, а эндоскопическое вмешательство является окончательным видом лечения пациента. При выполнении хирургического лечения на поздних стадиях заболевания наблюдается высокий риск послеоперационных осложнений и низкая трехлетняя выживаемость в зависимости от стадии заболевания наличия метастатических поражений 0–41%[2].

Цель

Демонстрация возможностей транспапиллярных эндоскопических вмешательств при механической желтухе опухолевой этиологии.

Материалы и методы

За пятилетний период было проведено 946 эндоскопических транспапиллярных вмешательств различной направленности. Из них по поводу механической желтухи опухолевого генеза — 180. Возраст пациентов от 32 до 96 лет. Уровень билирубина крови составлял от 40 мкмоль/л до 650 мкмоль/л. Все пациенты госпитализированы по экстренным показаниям. При выборе способа декомпрессии билиарного тракта предпочтение отдавалось эндоскопическим ретроградным методикам. Преимуществами транспапиллярного вмешательства были: высокая диагностическая ценность; выполнение без хирургического доступа; отсутствие наружного дренирования желчных протоков с потерей желчи; восстановление естественного пассажа желчи; низкий риск осложнений 2–3% (по собственному опыту). Недостатки — невозможность выполнения при плотном опухолевом инфильтрате и стенозе ДПК. Среди всех оперативных вмешательств были выполнены: 28 (12.7%) операций по поводу опу-



Рис. 1



Рис. 2

холи БДС, 71 (39.4%) — по поводу опухолей поджелудочной железы, 43 (23.8%) — в связи с холангиокарциномой на уровне ретро- и супрадуоденальной части холедоха (Рис. 1), 31 (17.2%) — по поводу холангиокарциномы на уровне общего печеночного протока (Рис. 2) и 7 (3.8%) операций по поводу холангиокарциномы на уровне конfluence с разобщением долевых протоков (Рис. 3). До активного внедрения транспапиллярных вмешательств, методом выбора хирурга были операции с формированием билиодегистивных анастомозов, а также дренирующие операции. Однако частота послеоперационных осложнений у данной группы пациентов оставалась на достаточно высоком уровне. У пациентов наблюдалось выпадение дренажа, либо формирование стойкого наружного желчного свища в ближайшие 1–2 мес. К самым грозным осложнениям стоит отнести несостоятельность билиодегистивного анастомоза и желчный перитонит. Осложнения существенно ухудшали качество жизни больного и требовали дальнейших хирургических вмешательств. Суммарно количество осложнений от хирургического лечения достигало 20%.

Стентирование выполнялось в экстренном порядке пластиковым стентом 8,5–12 fr или нитиноловым саморасширяющимся стентом диаметром 8–10 мм (Рис. 4, 5, 6). У пациентов с высокими цифрами билирубина и наличием признаков холангита выполнялось назобилиарное дренирование желчных протоков. Успех выполнения эндоскопической декомпрессии билиарного тракта составил 95%, от общего количества пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии. Неудачи были обусловлены запущенностью онкологического процесса до появления стеноза ДПК, что не давало возможности проведения аппаратуры к области БДС. Кроме того, в число неудач вошли пациенты с крупными парафатеральными дивертикулами ДПК. У всех эндоскопически оперированных пациентов удалось разрешить механическую желтуху в кратчайшие сроки. У одного пациента с высокой холангиокарциномой развился острый панкреатит с исходом в панкреонекроз. У двоих пациентов наблюдалось послеоперационное кровотечение после выполнения ПСТ. В обоих случаях кровотечение было остановлено эндоскопически. В двух случаях наблюдался острый холангит в течении первых двух недель с момента эндоскопического стентирования холедоха. В одном случае наблюдалась ретродуоденальная перфорация. Таким образом, частота осложнений является низкой и составила 3.3%. Смертность непосредственно от осложнения эндоскопического лечения составила 1.1%.

После купирования механической желтухи радикальному оперативному лечению были подвержены 54 (30%) пациентов. В этом случае эндоскопическое стентирование было первым этапом лечения пациента. Остальные случаи были признаны неоперабельными. Максимальный период жизни неоперабельного пациента составил 13 месяцев. Средний период жизни пациентов с данной патологией составил от 9 месяцев. Оптимальной тактикой признано выполнение планового эндоскопического вмешательства через 1.5–2 мес, с момента первичного стентирования для выполнения рестентирования желчных протоков нитиноловым стентом. Это позволяло с высокой долей вероятности исключить возникновения холангита и рецидива желтухи в период дожития пациен-

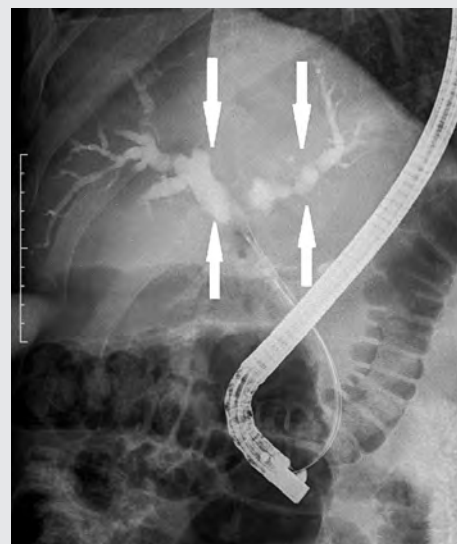


Рис. 3. Опухоль Клацкина.

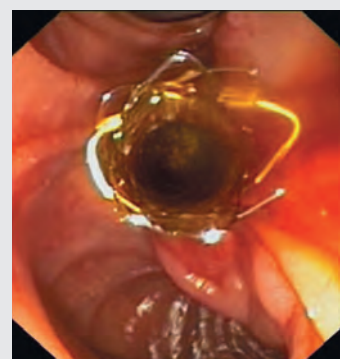


Рис. 4. Стент в холедохе



Рис. 5. Стентирование холедоха

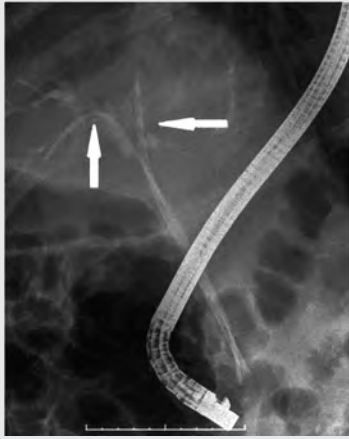


Рис. 6. Билатеральное стентирование

та. Эндоскопическое выполнение паллиативного вмешательства позволило добиться качественного уровня жизни пациента в период болезни, что было обусловлено восстановлением естественного пассажа желчи в ДПК. Стоит сказать, что в подавляющем большинстве случаев появление механической желтухи как первого симптома

заболевания свидетельствовало о запущенности процесса, что в дальнейшем было подтверждено в результате дообследования пациента. Проведение паллиативного хирургического лечения в этом случае сопровождается достаточно высоким процентом послеоперационных осложнений, а так же является травматичным. В этой связи необходимо признать, что выполненное эндоскопическое стентирование желчного протока в комплексе с современным противоопухолевым лечением способно дать схожие данные по периоду жизни условно радикально оперированного пациента с запущенным заболеванием. При этом частота осложнений эндоскопического лечения и смертность от вмешательства существенно ниже по отношению к хирургическому лечению.

Выводы

Эндоскопическое стентирование желчных протоков является относительно безопасным методом декомпрессии билиарного тракта и соответствует физиологии желчеоттока. Метод можно применять как вариант паллиативной помощи, так и в качестве предоперационной подготовки. В случае применения современной консервативной терапии сроки жизни пациентов, эндоскопически стентированных могут быть сопоставимы с оперативным традиционным способом пациентами. При наличии материально-технической базы и подготовленных специалистов эндоскопическая декомпрессия желчных протоков может быть выполнена практически в 100% случаев.

Литература

1. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. М: Медицина; 2008; 448 с.
2. Japan Pancreas Society. National Pancreatic Cancer Registry, Japan: a report of 20 years. Suizo J Jpn Pancreat Soc 2003; 18: 101–169.

О ПРИЧИНАХ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

Камалов А. А., академик РАН, проф., директор клиники, МНОЦ МГУ им. Ломоносова
Оразалиев Г. Б., врач, ГКБ г. Беруни
Юсупова Х. И., зав. отделением эндоскопии, МНОЦ МГУ им. Ломоносова
Вербовский А. Н., врач, эндоскопическое отделение ГКБ 36 ДЗМ
Барбадо П. А., врач, эндоскопическое отделение МНОЦ МГУ им. Ломоносова
Гвоздик В. В., зав. отделением эндоскопии ГКБ, г. Реутов
Балалыкин А. С. проф., вице-президент Российского общества эндоскопических хирургов

г. Москва

Эндоскопические вмешательства на желчных путях в настоящее время являются рутинными, в некоторых случаях доминируя над традиционными хирургическими вмешательствами. Эти тенденции, вероятно, не изменятся в ближайшие годы. Однако, при целом ряде клинических ситуаций неудачи применения эндоскопических вмешательств достигают 20–30 %, а осложнения и летальность — 10–15 %. Неудачи и осложнения определяют не всегда оправданный отказ от эндоскопических вмешательств.

Проанализировано 658 эндоскопических вмешательств на желчных путях, проведенных в период 2012–2017 г.

Уже на этапе проведения дуоденоскопа в двенадцатиперстную кишку в 39 случаях мы столкнулись со сложностями обусловленными функциональными расстройствами (пилороспазм, атония желудка) — 15 (4.6 %), анатомическими вариациями 23(7 %) и в 1 случае (0,3 %) резекцией желудка по Billroth II. Доступу к желчным протокам (канюляции) препятствовали стеноз БДС — 12 (3.6 %), ущемленный камень большого дуоденального соска (БДС) — 3 (0.9 %), доброкачественные опухоли БДС — 72 (22 %), злокачественные опухоли БДС — 8 (2.4 %), парапапиллярные дивертикулы — 79 (24 %), анатомические

особенности протоковых систем — 9 (2.4 %). Осуществить лечебные манипуляции препятствовали следующие причины: наружное желчеистечение 5 (1.2 %), синдром Мириizzi — 7 (2.2 %), стриктура желчных протоков — 53 (16 %), крупный камень — 27 (8.2 %), складируемые камни — 8 (2.4 %), дренажи общего желчного протока — 2 (0.6 %), внутривисцеральный холелитиаз и болезнь Кароли — 2 (0.6 %). В 17 % случаев мы наблюдали сочетания вышеуказанных ситуаций. Удовлетворительные результаты вмешательств были получены в 90.2 % случаев. Осложнения отмечены в 18 (6.1 %) случаях, при этом проводилась их эндоскопическая (12) и хирургическая (6) коррекция. Летальность составила 0.9 %.

Несмотря на признанную высокую эффективность эндоскопических вмешательств на желчных путях, в ряде ситуаций их проведение оказывается затруднено. Такие ситуации не являются редкостью, и в нашем случае составили почти половину наблюдений. Пристальное изучение причин неудовлетворительных результатов эндоскопических вмешательств на желчных путях и совершенствование эндоскопических методик может быть ключом к повышению эффективности последних.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ФАЗЕ ИНТРА/ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ

Коржева И. Ю., д. м. н.; Нечипай А. М. д. м. н., проф.; Чернов М. В., Грачев А. А.
ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С. П. Боткина» ДЗМ
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

г. Москва

Введение

В современной панкреатологии летальность при асептическом и инфицированном панкреонекрозе (в т. ч. перипанкреатический инфильтрат, абсцесс, забрюшинная флегмона, гнойный перитонит) остается стабильно высокой. Показатели летальности при остром тяжелом панкреатите в значительной степени зависят от применяемой стратегии и тактики хирургического лечения, и наиболее высоки при максимально инвазивных методиках — традиционных открытых оперативных вмешательствах. Затраты на лечение пациентов с инфицированным панкреонекрозом остаются высокими и перспектива их снижения ассоциируется с внедрением новых, эффективных и минимально затратных методов лечения, каковыми на сегодняшний день являются современные эндоскопические методики, включающие:

1. эндоскопическое транспиллярное стентирование ГПП;
2. эндоскопические пункционно-дренирующие операции под ЭУС-наведением (трансгастральное / трансдуоденальное дренирование перипанкреатических патологических жидкостных скоплений — ППЖС);
3. эндоскопическую (трансгастральную / трансдуоденальную) эндолюминальную некрсеквестрэктомия;
4. эндоскопическую ретроперитонеоскопическую некрсеквестрэктомия.

Для выбора способа оптимального хирургического, в том числе эндоскопического, методов лечения больных с панкреонекрозом, условно выделяют 2 клинически значимые «модели» конфигурации зоны интра- и экстраорганный деструкции, основывающиеся на следующих критериях: 1) локализация и объем некроза паренхимы поджелудочной железы (ПЖ); 2) локализация и распространенность инфильтративных и некротических изменений в парапанкреатической и забрюшинной клетчатке; 3) объем и локализация ППЖС в забрюшинном пространстве; 4) наличия признаков секвестрации и абсцедирования тканей в зоне некроза; 5) эффективность проводимого лечения. Одна из используемых классификаций деструк-

тивного панкреатита — упрощенная, включает 2 конфигурации панкреонекроза:

- первую, когда некроз паренхимы и патологические жидкостные скопления локализуются в головке и перешейке ПЖ,
- и вторую, когда интра- и парапанкреатические постнекротические скопления локализуются в дистальных отделах ПЖ (тело-хвост) либо окаймляют их.

Вторая классификация более развернутая и включает 4 типа панкреонекроза и парапанкреатических постнекротических жидкостных скоплений (ППЖС): а) «правый» тип, б) «левый» тип, в) «смешанный» тип, г) тип поражения, при котором объем некроза ПЖ или не определяется, или не превышает 30 % объема органа, но имеются парапанкреатические патологические жидкостные скопления.

Цель работы

Оценить современные технические возможности различных эндоскопических методик (включая интервенционные ЭУС-контролируемые), в лечении больных с деструктивным панкреатитом в фазе интра / парапанкреатических жидкостных скоплений (ППЖС) в зависимости от уточненной (по результатам КТ) модели панкреонекроза.

Материалы и методы

В период 2014–2018 гг. в ГКБ им. С. П. Боткина в клинику обратились 273 пациента с деструктивными формами панкреатита, 174 из них проведено разного рода хирургическое лечение. 53 (30,5 %) из 174 пациентов в разных фазах течения ППЖС были выполнены 57 эндоскопических эндолюминальных вмешательств: в острой фазе инфицированных скоплений — у 5 из 53, в фазе walled-off pancreatic necrosis (WOPN) — у 19, при псевдокистах ПЖ — у 29 (в т. ч. у 12 — при их инфицировании). Означенные выше эндоскопические эндолюминальные вмешательства были представлены ЭУС-ассистированной цистогastro- (цистодуоденостомией) пластиковыми или нитиноловыми само-

расширяющимися стентами (СРС), в т. ч. мультифокальное дренирование ППЖС (последнее, в части случаев, — с дополнительной установкой цистоназального дренажа или ретроградным транспапиллярным дренированием ППЖС через ГПП. После имплантации СРС, придающих сформированному таким образом цистодигестивному свищу каркасность, по показаниям выполнялись этапные эндоскопические эндолюминальные некрсеквестрэктомии и санация ППЖС путём их ирригации растворами антисептиков.

Результаты

Технический успех лечения был достигнут во всех 53(100 %) случаях, клинический успех — в 49 (92,5 %), в 4 (7,5 %) случаях потребовалось выполнение малоинвазивных чрескожных вмешательств (МЧКВ) для дополнительного дренирования гигантских ППЖС.

Осложнения: а) миграция СРС в полость ППЖС — 3 (5,7 %) случая (с успешной эндоскопической коррекцией положения стента), б) аррозивное кровотечение, успешно купированное (эндолюминально) эндоскопическим

способом — 1 (1,9 %), в) спонтанный пневмоперитонеум, устраненный лапароскопическим дренированием брюшной полости — 1 (1,9 %), г) инфицирование псевдокист ПЖ — в 11 (20,8 %) случаях (в 8 из них — при левом типе панкреонекроза, что с учетом системного характера, рассценивалось как форма специфических вариантов течения при дренировании ППЖС указанной локализации), д) рецидивы ППЖС — 2 (3,8 %).

Заключение

ЭУС-ассистированное эндоскопическое эндолюминальное лечение пациентов с ППЖС — перспективный метод, демонстрирующий сопоставимые с традиционным хирургическим методом результаты, но обладающий преимуществами перед ним, заключающимися в малой травматичности и, при необходимости, неограниченной повторяемости. Преимущества метода перед миниинвазивным чрескожным вмешательством (МЧКВ), заключается в возможности этапного выполнения эндолюминальной некрсеквестрэктомии, санации, наружного и внутреннего дренирования ППЖС.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ И ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Коржева И. Ю., д. м. н.; Нечипай А. М., д. м. н., проф.; Чернов М. В.; Грачев А. А.
ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С. П. Боткина» ДЗМ
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

 г. Москва

Введение

До настоящего времени заболеваемость острым панкреатитом в мире не имеет тенденции к снижению, а частота развития его тяжёлых форм возрастает и определяет уровень летальности от осложнений этого заболевания. Одним из ключевых моментов в патогенезе острого панкреатита является панкреатическая гипертензия, «золотым стандартом» в ликвидации которой является эндоскопическое транспапиллярное вмешательство (ЭТПВ). Согласно Национальным клиническим рекомендациям по острому панкреатиту (2016 г.) и Приказу № 83 от 02.2017 г. ДЗ г. Москвы показаниями для эндоскопических транспапиллярных вмешательств у пациентов с острым панкреатитом являются:

1. интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками;
2. отсутствие эффекта от проводимой терапии в течение 12–48 часов;
3. быстро прогрессирующая механическая желтуха;
4. отсутствие желчи и ее поступления в 12-перстную кишку при выполнении ЭГДС;
5. признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ/КТ.

Цель работы

Оценить современные технические возможности различных эндоскопических ретроградных вмешательств в лечении больных с острым панкреатитом различной этиологии, включая тяжёлую форму клинического течения заболевания.

Материалы и методы

За период 2016–2018 гг. в эндоскопическом отделении ГКБ имени С. П. Боткина выполнены ретроградные вмешательства 308 больным с острым панкреатитом, 183 (59,6 %) из которых — в экстренном и срочном порядке. Перед проведением лечебно-диагностических рентген-эндоскопических вмешательств проводили клиническое обследование больных, включавшее лабораторную (общеклинический и биохимический анализы крови, состояние свертывающей системы крови) и неинвазивную аппаратно-инструментальную диагностику (трансабдоминальное

УЗИ и КТ, реже МРХПГ, обзорную рентгенографию ОГК и брюшной полости).

У 263 (85,4 %) из 308 пациентов был диагностирован острый билиарный панкреатит, у 34 (11 %) — панкреонекроз по «первой конфигурации» (правый, центральный типы), 11 (3,6 %) — посттравматический панкреатит с диссоциативным синдромом.

Объём выполненных транспапиллярных вмешательств при остром панкреатите включал в себя:

1. ЭРХПГ + ЭПСТ (в зависимости от интраоперационной ситуации выполнялась канюляционная (К-ПСТ) или неканюляционная (НК-ПСТ) папиллосфинктеротомия либо сочетание этих двух методик);
2. стентирование ГПП;
3. стентирование холедоха.

Выбор метода ЭПСТ и инструментов зависел от особенностей локализации (типичная, в перипапиллярном дивертикуле, по краю устья парапапиллярного дивертикула), формы папиллы и анатомических особенностей интрамурального отдела холедоха (продольной складки нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки), характера заболевания, особенностей предыдущего транспапиллярного вмешательства (если таковое имело место) и цели настоящей операции. Основными и строго соблюдаемыми принципами выполнения ЭПСТ явились:

1. адекватная медикаментозная седация больного и релаксация перистальтики ДПК (в/в наркоз);
2. правильное позиционирование эндоскопа по отношению к БДС;
3. выбор оптимального способа рассечения БДС в каждом конкретном случае;
4. четкое следование анатомическим ориентирам при рассечении папиллы;
5. постоянный контроль натяжения струны и предельной протяженности рассечения папиллы при выполнении К-ПСТ и контроль допустимой глубины рассечения при выполнении НК-ПСТ;
6. использование режима EndoCut (чередование режимов «разрез» и «коагуляция») при рассечении папиллы.

В сложных ситуациях, при выраженном и затрудняющем доступ в протоковые системы отёке зоны БДС (94 больных — 30,5 %) мы использовали методику «двух проводников».

При вклиненных камнях БДС, обусловивших клинику острого билиарного панкреатита, ЭПСТ выполнялась (НК-ПСТ) без визуализирующей ЭРХПГ (47 пациентов — 15,3 %).

При явлениях гнойного холангита ретроградные вмешательства завершали стентированием холедоха пластиковым стентом (49 больных — 15,9 %).

При выраженном отёке ткани ПЖ, наличии признаков перипанкреатита и длительности заболевания от его начала, не превышающей 3-х дней (93 пациента — 30,2 %) для ликвидации панкреатической гипертензии и предотвращения диссоциативного синдрома в случае панкреонекроза, а также при панкреонекрозе по 1-й конфигурации (правый, центральный типы) стентировали ГПП пластиковым мультиперфорированным эндопротезом d=4–5Fr длиной 4–7см.

При обширных зонах панкреонекроза и разобщении ГПП (38 пациентов — 12 %) последний стентировали на протяжении длинными (d= 5–7Fr длиной 12–15см) панкреатическими мультиперфорированными стентами.

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 транзиторная амилаземия (до 1500 ед/л), сохранявшаяся до 3-х суток, что объяснялось длительностью догоспитального этапа болезни (70 %). После ЭПСТ со стентированием ГПП лечение острого билиарного панкреатита у 115 (49,1 %) пациентов ограничилось консервативной терапией, панкреатические стенты были удалены через 2–3дня (после нормализации лабораторных показателей). У больных с тяжёлой формой острого панкреатита при выраженном отёке стенки ДПК и папиллы технический успех стентирования ГПП был достигнут у 34 пациентов, анамнез начала заболевания у которых не превышал 3-х суток. Длительность «удерживания» панкреатического эндопротеза у этих больных превышала 3недели; последние были извлечены лишь при выравнивании клинических и соответствующих лабораторных показателей у 27 (79,4 %) больных и заменены на новые у 7 (20,6 %) пациентов при лабораторных

и инструментальных показателей признаков окклюзии ранее установленных.

В случае развития посттравматического или постнекротического разобщения ГПП с образованием наружного панкреатического свища 11 больным в просвет Вирсунгова протока были установлены длинные (d=5–7Fr, L=12–15см) пластиковые панкреатические мультиперфорированные стенты. У 6 (54,5 %) из 11 пациентов такие стенты были извлечены спустя 2месяца после выписки из стационара и нормализации результатов КТ.

Выводы

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются методом выбора в лечении больных с острым панкреатитом, направленным на восстановление естественного оттока панкреатического секрета и устранение панкреатической гипертензии. Основными аспектами проблемы, определяющими необходимость персонифицированного подхода к выполнению эндоскопического стентирования ГПП, являются (по нашему мнению):

1. Эффективное дренирование ГПП технически выполнимо в течение первых 3-х дней от начала заболевания;
2. Длина выбранного для установки в ГПП пластикового стента должна определяться с учетом протяжённости зоны поражения ПЖ относительно ГПП;
3. При панкреонекрозе 1-й конфигурации (по правому и центральному типу: головка-перешеек) ГПП стентируется короткими «классическими» (d=4–5Fr, L=4–7см) панкреатическими мультиперфорированными стентами на 5–7дней до нормализации клинических и лабораторных показателей;
4. При обширных зонах панкреонекроза и разобщении ГПП последний необходимо стентировать на значительном протяжении длинными (d= 5–7Fr, L=12–15см) панкреатическими мультиперфорированными стентами/
5. Длительность катетерного дренирования ГПП зависит от динамики течения заболевания, а эффективность — от функционального состояния (проходимости) стента. Эндоскопическая замена панкреатического стента при его длительном стоянии проводится через каждые 3–4недели при отсутствии клинических проявлений гнойного панкреатита;
6. Длительность стентирования ГПП при посттравматическом панкреатите или панкреонекрозе с диссоциативным синдромом определяется результатами КТ с в/в контрастированием (восстановление целостности ГПП на протяжении) и прекращении поступления панкреатического отделяемого по наружной фистуле.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОД КОМБИНИРОВАННЫМ ВИЗУАЛЬНЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНЫХ И ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПРОТОКОВ

Королев М. П., Аванесян Р. Г., Федотов Л. Е., Турянчик М. М., Климов А. В.
СПбГПМУ

г. Санкт-Петербург



■ **Королев М. П.**



■ **Аванесян Р. Г.**



■ **Федотов Л. Е.**



■ **Климов А. В.**

Миниинвазивные операции под визуальным контролем при патологии желчных протоков в настоящее время являются приоритетными при выборе метода лечения больных ятрогенными повреждениями и осложненными формами желчнокаменной болезни. В клинике разработаны комбинированные миниинвазивные операции, которые позволяют в нестандартных и сложных случаях выполнить реканализацию желчных протоков, литоэкстракцию, восстановление целостности поврежденного участка на каркасном дренаже или эндопротезе.

Преимуществом комбинированных миниинвазивных операций является создание двойного контрлатерального доступа к протоку под визуальным ультразвуковым, эндоскопическим и рентгенологическим контролем, что позволяет эффективнее восстановить проходимость протока и выбрать наиболее оптимальный метод декомпрессии желчных протоков при билиарной гипертензии. Как антеградный, так и ретроградный методы имеют свои преимущества и недостатки при выполнении тех или иных операций на желчных протоках. В связи с чем, комбинированный метод лечения больных патологией желчных протоков позволяет нивелировать недостатки отдельно взятого метода. Лечение больных доброкачественными заболеваниями и повреждением протоков поджелудочной железы является сложной задачей в связи с травматичностью традиционных операций. С недавнего времени метод комбинированного доступа к протокам, разработанный при патологии желчных протоков, применяются в лечении больных стриктурами, повреждениями протоков поджелудочной железы и панкреатиколитиазом.

Цель работы

Улучшение результатов лечения больных доброкачественными заболеваниями и повреждениями желчных про-

токов и протоков поджелудочной железы, с применением комбинированных миниинвазивных операций под визуальным эндоскопическим, ультразвуковым и рентгенологическим контролем.

Материал и методы

На базе кафедры Общей хирургии с курсом эндоскопии выполнены с 2006 по 2017 гг миниинвазивные операции под комбинированным визуальным контролем 197 пациентам с доброкачественной патологией протоков поджелудочной железы и 234 больным холедохолитиазом, стриктурами и повреждениями желчных протоков. В исследуемой группе с патологией протоков поджелудочной железы было 91 женщин и 106 мужчин. Средний возраст больных 48,7 лет. Больные разделены на 3 группы: 56 больных панкреатиколитиазом, 88 больных стриктурой протоков поджелудочной железы, 53 больных повреждением протока с формированием постнекротических кист или наружных панкреатических свищей. Больные с патологией желчных протоков разделены на следующие группы: 81 больной нестандартным холедохолитиазом, 153 больных стриктурами и повреждениями желчных протоков. Женщин с патологией желчных протоков было 162, мужчин — 72, средний возраст больных — 46,5 лет.

Диагностический алгоритм включал лабораторные методы, рентгенологическое исследование, УЗИ, ФЭГДС, МСКТ и МРТ.

Результаты и их обсуждение

При холедохолитиазе применяли метод комбинированной литоэкстракции в следующих ситуациях:

1. парапапиллярные дивертикулы у 6 больных,

2. измененная анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки — 12 больных,
3. резидуальный внутрипеченочный холедохолитиаз — 9 больных,
4. выраженная сопутствующая патология в сочетании с холедохолитиазом — 25 больных,
5. множественные крупные конкременты желчных протоков — 19 больных,
6. ятрогенные стриктуры протоков в сочетании с холедохолитиазом — 10 больных.

Данным пациентам в большинстве случаев применяли следующий лечебный алгоритм: первым этапом выполняли антеградное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков, вторым этапом, спустя 2 недели после купирования билиарной гипертензии и формирования изолированного от свободной брюшной полости чрескожного канала, выполняли ретроградную или комбинированную литоэкстракцию. Конверсия доступа выполнена 3 пациентам (3,7 %) с нестандартным холедохолитиазом: у 2 больных по поводу кровотечения из большого дуоденального сосочка, у 1 больного в связи с перфорацией тонкой кишки во время литоэкстракции. Один пациент (1,2 %) нестандартным холедохолитиазом умер в связи от полиорганной недостаточности.

Комбинированные методы восстановления проходимости желчных протоков применялись при ранних и поздних осложнениях ятрогенных повреждений. К ранним осложнениям относятся: клипирование и перевязка протока — 17 больных, краевое пересечение ОПП и ОЖП — 32 больных, пересечение правого долевого протока — 1 больной, полное пересечение ОПП или ОЖП — 8 больных, несостоятельность культи пузырного протока — 8 больных. К поздним осложнениям повреждений относятся: стриктуры протоков — 48 пациентов (в их числе ожоговые — 24 больных), стриктуры анастомозов — 39 больных.

Общий принцип восстановления проходимости желчного протока при повреждении следующий:

1. комбинированный доступ к поврежденному протоку,
2. восстановление проходимости протока в области повреждения, клипирования, перевязки или стриктуры,
3. длительное, не менее 24 месяцев, каркасное наружно-внутреннее дренирование или стентирование протока.

В 5 случаях (3,3 %) не удалось восстановить целостность желчного протока после повреждения, что было причиной конверсии доступа и формирования гепатикоенюноанастомоза. Летальность в группе больных с доброкачественной патологией и повреждений желчных протоков составила 2 % — умерло 3 пациента. Причина летальности у одного больного ТЭЛА, панкреонекроз с полиорганной недостаточностью и сепсисом у второго, у третьего — ОИМ с острой сердечно-сосудистой недостаточностью.

При панкреатиколитиазе нами использованы следующие виды операций:

1. Литоэкстракция с применением баллонного катетера — 4 больных,
2. Литоэкстракция с применением бужей сопоставимых с просветом протока — 12,
3. Комбинированная литоэкстракция с применением двойного антеградного и ретроградного доступов — 40.

Выявлено, что наиболее эффективным методом литоэкстракции является метод комбинированной литоэкстракции.

При стриктурах панкреатического протока нами использовались следующие операции:

1. Чрескожное наружное дренирование протока поджелудочной железы — 4 больных,
2. Чрескожное наружно-внутреннее каркасное дренирование протока поджелудочной железы — 48,
3. Чрескожное наружно-внутреннее дренирование обоих протоков поджелудочной железы — 2,
4. Ретроградное стентирование протока поджелудочной железы — 33,
5. Ретроградное дренирование протока поджелудочной железы через чрескожно-чреспеченочный доступ — 1.

В последующем 4 пациентам выполнена смена каркасного дренажа на саморасправляющиеся нитиноловые стенты, в 42 случаях — на пластиковые стенты.

При повреждении протока поджелудочной железы с формированием свища или полости постнекротической кисты выполняли следующие операции:

1. Ретроградное эндоскопическое транспапиллярное дренирование полости кисты через проток поджелудочной железы — 3;
2. Антеградное чрескожное наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной через полость кисты — 5;
3. Антеградное чрескожное наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы с целью декомпрессии при панкреатической гипертензии — 36;
4. Чрескожное формирование цистгастроанастомоза — 4;
5. Антеградное чрескожное наружно-внутреннее дренирование свищесущего протока поджелудочной железы с восстановлением проходимости протока — 5.

Летальность составила 1,5 %, умерло 3 пациентов. Причина смерти у одного больного тромбоз воротной вены, у второго — нарастающей полиорганной недостаточности в результате панкреонекроза, у третьего — аррозионное кровотечение в позднем послеоперационном периоде.

Выводы

1. миниинвазивные методы литоэкстракции из желчных протоков и из протоков поджелудочной железы в современных условиях являются приоритетными в лечении холедохолитиаза и панкреатиколитиаза;
2. каркасное наружно-внутреннее дренирование и стентирование протоков поджелудочной железы и желчных протоков позволяет восстановить проходимость и целостность протока при повреждении и стриктурах;
3. декомпрессия протока при кистах поджелудочной железы, связанных с просветом протока, является эффективным методом профилактики рецидива кисты и панкреатического свища;
4. восстановление проходимости панкреатического протока через просвет постнекротической кисты поджелудочной железы, полость которой связана с протоком, является альтернативой формирования цистодигестивных анастомозов.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОКСИГЕНИРУЮЩЕГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Короткевич А. Г.^{1,2}, Леонтьев А. С.^{1,2}, Шестак И. С.¹, Май С. А.¹
¹ГБУЗ КО НГКБ № 29
²НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

г. Новокузнецк



■ Короткевич А. Г.



■ Леонтьев А. С.



■ Шестак И. С.



■ Май С. А.

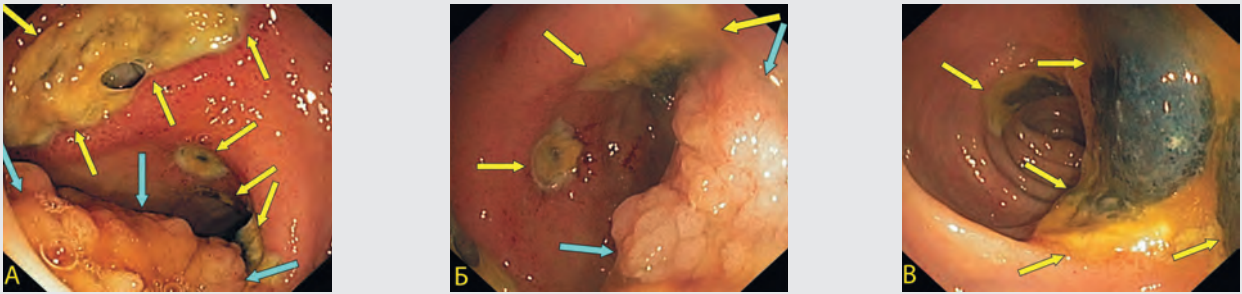
Низкие кровотечения, точнее, толстокишечные кровотечения, остаются нечастой патологией в хирургических стационарах. Возможно поэтому, взгляды и мнения по поводу необходимости и метода эндоскопического гемостаза единого знаменателя не имеют. Сегодня проблема усугубляется широким использованием эндоскопии в плановом лечении новообразований толстой кишки, сопровождающейся кровотечениями в 7–12 % и поздними кровотечениями в 0,4–2,5 %. Проблема возникновения осложнений решается соблюдением техники самой операции, использованием современных энергий и устройств. Однако, возникновение массивного кровотечения в толстой кишке способно создать значительные трудности для отмывания операционного поля и достижения гемостаза даже при наличии помпы и системы BioVac. С другой стороны, системных или доказательных анализов осложнений местного гемостаза при экстренных госпитализациях и/или кровотечениях при плановых операциях мы не встретили. Известны осложнения лигирования при дивертикулярных толстокишечных кровотечениях в виде перфораций, дивертикулитов. Однако, в отличие от пищевода, большой диаметр толстой кишки даже при вовлечении мышечного слоя не приводит к значимой рубцовой деформации. Ожоговые травмы с последующими перфорациями известны как при плановых внутрипросветных операциях, так и при агрессивном гемостазе.

Располагая обширным многолетним опытом оксигенирующего (перекисного) гемостаза при всех типах источников геморрагий в верхних отделах ЖКТ и небольшим позитивным опытом прицельного подслизистого введения 2–5 мл 1 % раствора H₂O₂ в проекции кровоточащих сосудов после полипэктомии или EMR в толстой кишке, было логичным применить его при сложных кровотечениях из толстой кишки у двух пациентов как осложнениях

диссекции в подслизистом слое и полипэктомии. Интерес представляют последствия такого объемного инфильтрационного гемостаза.

Пациент Б., 68 лет, поступил для удаления обширных ворсинчатых аденом сигмовидной кишки методом диссекции в подслизистом слое. В условиях операционной под ЭТН получено массивное кровотечение, остановить которое введением растворов АКК и полиглюкина не удалось. Из-за объемного кровотечения сформированные сгустки и уровень крови не позволяли идентифицировать сосуд. В проекции источника кровотечения вслепую из нескольких точек введено 50 мл 1 % раствора H₂O₂, получен стабильный гемостаз. После коррекции анемии через 7 суток пациенту выполнено завершающее вмешательство по удалению первой аденомы, в проекции области гемостаза выявлены два язвенных дефекта (2,5x1 см и 2x1,5 см) с фибрином. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии без кишечных жалоб. На контрольной колоноскопии через 3 месяца следов язв не обнаружено, выполнено удаление второй аденомы.

Пациент П., 66 лет, поступил для удаления обычной и малигнизировавшей ворсинчатых аденом в проекции сигмы. После предварительной компрессии и изменения цвета аденомы на синюшный выполнена петлевая электроэксцизия, при которой получено массивное кровотечение. Клипирование, инфильтрационный гемостаз раствором АКК не позволили достичь гемостаза. В проекции кровотечения вслепую из трех точек и под фиксированную гемостатическую клипсу введено до 50 мл 1 % раствора H₂O₂ без какой-либо болевой реакции. На третьи сутки послеоперационного периода отмечен парез кишечника, при рентгенографии — чаши Клойбера. Выполнена экстренная колоноскопия, при которой проходимость кишки сохранена, жидкий кал отмечен на всем протяжении, в об-



Ри. 1. Пациент Б., через 4 суток после гемостаза, желтыми стрелками указаны разновеликие язвенные дефекты, синими стрелками — ворсинчатая аденома



Рис. 2. Пациент Б., через 3 месяца, дефектов нет, рубец в месте удаления опухоли, проксимальнее видна вторая аденома

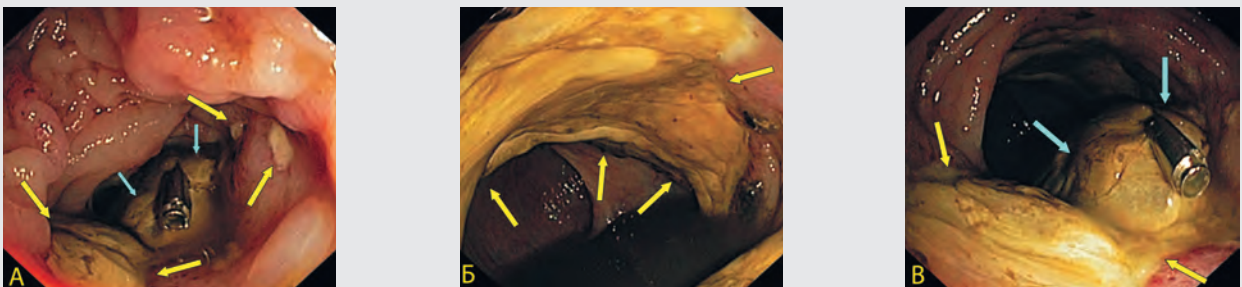


Рис. 3. Пациент П., через 3 суток после гемостаза, желтыми стрелками указаны разновеликие язвенные дефекты, синими стрелками — стойкая гемостатическая подслизистая подушка с фиксированной гемостатической клипсой

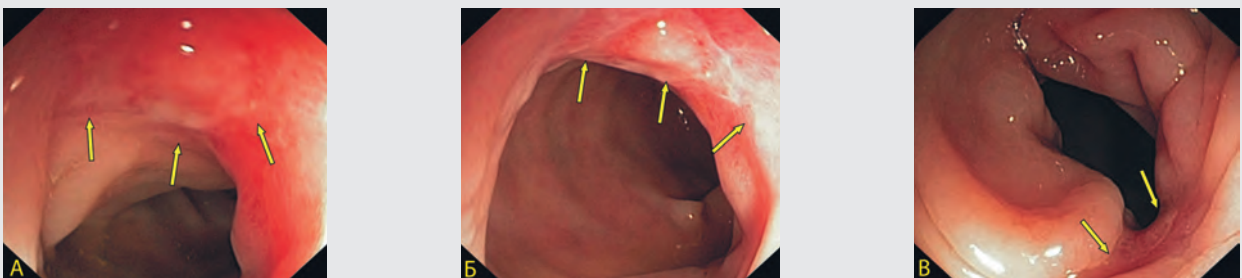


Рис. 4. Пациент П., через 2 месяца:
А — поверхностные остаточные дефекты, Б — деформация складок при сохранной структуре слизистой оболочки

ласти гемостаза выявлены обширные язвенные дефекты на фоне неизменной слизистой, в проекции клипсы стойкая «гемостатическая подушка». Явления пареза разрешились самостоятельно, пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Через 2 месяца при повторной госпитализации жалоб не предъявляет.

Вероятной причиной появления язвенных дефектов является техника гемостаза, когда при заведомо тонкой стенке кишки инъектор вкалывается вслепую до упора в предполагаемой проекции сосуда. Игла проникает в мышечный или субсерозный слой и инфильтрат формировался не в подслизистом слое, а глубже. Стойкая «гемостатическая подушка», характерная для 1 % раствора H₂O₂, в данных случаях за счет экстраорганной или пол-

ностенной компрессии, по-видимому, вызвала локальную ишемию даже на фоне повышенного внутритканевого содержания кислорода. Это напоминает механизм формирования ацетатных глубоких язв при точечной травме со стороны серозы. Тем не менее, при подслизистом введении раствора слизистая кишки не имеет повреждений. Учитывая невозможность точного позиционирования иглы в подслизистом слое в условиях массивного кровотечения и полученный негативный опыт мы не можем рекомендовать использование 1 % раствора H₂O₂ в качестве рутинного приема инфильтрационного гемостаза. Однако, точечное подслизистое введение раствора в объеме не более 5 мл является надежным способом профилактики поздних кишечных кровотечений.

Литература

1. Короткевич А.Г. Эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта. Часть 2.: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2018.— 426 с.
2. Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта: атлас/ред. Х. Дж. Чун, С.— К. Янг, М.— Г. Чой; пер. с англ. под ред. С.А. Палевской.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.— 480 стр.
3. Colonic injury from electric arcing: a significant complication of argon plasma coagulation/Law SC, Wong JC, Cheung HY, et al.// Hong Kong Med J. 2009 Jun;15(3):227–229
4. Comparative study of bipolar electrocoagulation versus argon plasmacoagulation for rectal bleeding due to chronic radiation coloproctopathy/Lenz L, Tafarel J, Correia L, et al.// Endoscopy. 2011 Aug;43(8):697–701
5. Effectiveness of endoscopic treatments for colonic diverticular bleeding/N. Ishii, F. Omata, N. Nagata, M. Kaise //Gastrointest Endosc 2018; 87: 58–66
6. Long-term recurrent bleeding risk after endoscopic therapy for definitive colonic diverticular bleeding: band ligation versus clipping/ N. Nagata, N. Ishii, M. Kaise, T. Shimbo et al.// Gastrointest Endosc 2018; 88: 841–853
7. Panos MZ, Koumi A. Argon plasma coagulation in the right and left colon: safety-risk profile of the 60W-1.2 l/min setting// Scand J Gastroenterol. 2014; 49 (5): 632–641

ЭВОЛЮЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В РОССИИ

Котовский А.Е.¹, проф. кафедры; Глебов К.Г.², д.м.н., зав. эндоскопическим отделением; Мартынцов А.А.³, к.м.н., зав. эндоскопическим отделением
Завора А.В.², врач-рентгенолог; Махмудова А.К.², врач-эндоскопист; Магомедова Б.М.³, врач-эндоскопист; Нефедцева В.А., врач-эндоскопист
¹МГМУ им. И. М. Сеченова
²ГКБ № 15 им. О.М. Филатова
³ГКБ им. В. П. Демикова; ⁴Медицинский Центр ЦБ РФ

г. Москва



■ Котовский А. Е.



■ Глебов К. Г.



■ Мартынцов А. А.



■ Завора А. В.



■ Махмудова А. К.



■ Магомедова Б. М.



■ Нефедцева В. А.

Развитие транспилярного эндоскопического стентирования желчных протоков при заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны непосредственно связано с билиарной хирургией. Основоположник российской билиарной хирургии С.П. Фёдоров, труд которого стал главным руководством для отечественных хирургов по лечению желчнокаменной болезни. Монография С.П. Фёдорова «Желчные камни и хирургия желчных путей» издавалась дважды, в 1918 и 1934 гг. Еще в 20-х годах прошлого столетия С.П. Федоров применял различные варианты дренирования желчных протоков у больных механической желтухой.

N. Soehendra в 1979 г. впервые выполнил эндопротезирование желчного протока у пациента с механической желтухой, вызванной опухолью головки поджелудочной железы.

В 1981 году К.В. Татощенко впервые в нашей стране установил транспилярный дренаж, используя чрескожно-чреспеченочный доступ.

Вначале большинство врачей для эндопротезирования желчных протоков использовало самодельные трубки,

которые делали из ангиографических катетеров или назобилиарных дренажей. Эти эндопротезы, как правило, функционировали короткое время и быстро обтурировались солями желчных кислот или мигрировали в просвет 12-перстной кишки. Однако у ряда больных механической желтухой они давали положительный лечебный эффект, порой спасая и продлевая жизнь пациента.

С течением времени ряд фирм стали выпускать транспилярные пластиковые стенты на промышленной основе.

Развитие эндоскопического транспилярного стентирования началось с середины 80-х годов (Галингер И. И., Хрусталева М. В., Котовский А. Е., Балалыкин А. С.). Вначале в подавляющем большинстве случаев транспилярное стентирование выполнялось тяжелым пациентам механической желтухой опухолевого генеза и являлось единственно возможным вмешательством, способным ликвидировать желтуху, улучшить состояние пациентов, снизить число летальных исходов. К началу 2000-х годов показаниями к стентированию у 90–95 % больных были онкологические заболевания органов

гепатопанкреатодуоденальной зоны, при этом все эндотриотирования выполнялись пластикаваыми дренажными трубками. По мере накопления клинического опыта, совершенствования технологий, инструментов и материалов из которых изготовлены дренажи показания к транспапиллярному стентированию расширились. Эту методику стали использовать у больных с различными доброкачественными поражениями желчных протоков и поджелудочной железы.

При анализе 442 больных, которым было выполнено эндотриотирование желчных протоков при доброкачественных поражениях органов ГПДЗ мы выделили 2 основных направления билиарного эндотриотирования для этой категории больных — с лечебной и профилактической целями.

Задачами профилактического эндотриотирования ЖП явились: 1 — предупреждение нарушений желчеоттока

и 2 — предотвращение развития рефлюкс-холангита после билиодигестивных анастомозов и операций папиллы. (Табл. 1)

Таким образом, эндоскопическое стентирование ЖП при ряде хирургических доброкачественных заболеваниях органов ГПДЗ является клинически эффективным способом коррекции нарушений желчеоттока. Показания к билиарному эндотриотированию постоянно расширяются и уточняются в связи развитием и совершенствованием технологических подходов к стентированию ЖП, и на сегодняшний день они составляют 40–45 %.

Одним из недостатков эндотриотирования пластиковаыми стентами является короткий срок службы пластиковаой трубки, которая обтурируется солями желчных кислот, поэтому перспективным направлением для увеличения сроков функционирования эндотриотезов является изучение влияния гепатотриотективных

Табл. 1. Показания к эндотриотированию желчных протоков при доброкачественных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (n = 442)

Цели эндотриотирования	Задачи эндотриотирования	Показания к эндотриотированию		
Лечебная	Восстановление желчеоттока (при механической желтухе)	Острый и хронический панкреатит		
		Рестеноз БСДК после папиллосфинктеротомии		
		Холедохолитиаз		
		Рубцовая стриктура ЖП и билиодигестивного анастомоза (БДА)		
		Папиллостеноз		
		Околососочковый дивертикул		
		Болезнь Кароли		
		Доброкачественные опухоли БСДК и 12-перстной кишки		
		Склерозирующий холангит		
		Муковисцедоз		
Лечебная	Уменьшение давления во вне- и внутрпеченочных в желчных протоках	Желчеистечение при повреждениях желчных протоков		
		Наружный желчный свищ		
		Цирроз печени		
Лечебная	Дренирование желчных протоков и полостных образований печени, сообщающихся с билиарной системой	Абсцесс печени, гнойный холангит, билома		
		Профилактическая	Профилактика нарушений желчеоттока	Выраженный отек папиллярной области после эндоскопических манипуляций
				Профилактика рубцовых сужений папиллы
Профилактическая	Профилактика рефлюкс-холангита	При высоком риске миграции конкрементом из желчного пузыря в холедох		
		Недостаточность папиллотомного отверстия и недостаточность БДА		

препаратов, улучшающих реологические свойства желчи и препятствующих отложению солей желчных кислот в просвете стента.

Альтернативой эндопротезирования пластиковыми дренажными трубками может служить стентирование металлическими самораскрывающимися конструкциями билиарных стентов.

С конца 80-х — начала 90-х годов прошлого века для клинического использования были предложены металлические саморасширяющиеся стенты. Преимуществом этих стентов по сравнению с пластиковыми является их больший внутренний диаметр (8–10 мм против 4 мм), что значительно увеличивает срок функционирования эндопротезов вплоть до «пожизненного».

В нашей стране металлические самораскрывающиеся билиарные эндопротезы начали устанавливать с 2006 года (Балалыкин А. С., Котовский А. Е., Хрусталева М. В., Королев М. П. и др.).

Как показали исследования Глебова К. Г. в 2015 г. в основном металлические конструкции билиарных эндопротезов устанавливали при злокачественных заболеваниях орга-

нов ГПДЗ (80 %), при этом использовали «непокрытые» стенты. В то же время «покрытые» протезы устанавливали у больных с тубулярными сужениями холедоха при хроническом панкреатите, рубцовых послеоперационных стриктурах желчных протоков, а также при стенозах пилллотомного отверстия и болезни Кароли.

В последние годы отмечается тенденция к расширению показаний для использования металлических конструкций эндопротезов. Сдерживающим фактором в развитии этого направления является высокая стоимость инструментов и недостаточная информированность об эффективности этого метода лечения при ряде доброкачественных заболеваний. Тем не менее в крупных медицинских центрах страны технологии эндопротезирования желчных протоков, как пластиковыми, так и металлическими конструкциями стентов находят все большее клиническое применение особенно у больных с неадекватным желчеоттоком, именно эндопротезирование является порой единственным малоинвазивным способом ликвидации механической желтухи, холангита и снижения летальных исходов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ХОЛЕЦИСТОСТОМОЙ

Кульминский А. В., врач эндоскопист
Беда А. В., врач эндоскопист
Верхнепышминская ЦГБ

г. Верхняя Пышма

В нашем докладе хотелось бы обратить внимание на некоторые аспекты отсроченной эндоскопической помощи пациентам с холедохолитиазом, осложненным вклиненным конкрементом Большого дуоденального сосочка.

В соответствии с клиническими рекомендациями операция выбора при вклиненном конкременте БДС эндоскопическая папиллотомия с холедохолитэкстракцией и внутренним или наружно внутренним дренированием желчных протоков в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Но, в связи с временными и несистемными проблемами организации неотложной эндоскопической помощи в Свердловской области, не всегда и не везде есть возможность проведения необходимой эндохирургической операций пациенту с вклиненным конкрементом БДС.

Поэтому наиболее распространенная операция при вклиненном конкременте БДС это холецистостомия, лапароскопическая, лапаротомная или минилапаротомная. В 2018 году в Свердловской области 613 пациентам была проведена холецистостомия.

В отдаленном периоде, после купирования симптомов механической желтухи необходима эндоскопическая санация желчных протоков. Но функционирующая холецистостома может создавать условия, затрудняющие выполнение ЭПСТ в классическом варианте.

Наружное желчеотведение проксимальнее препятствия приводит к уменьшению диаметра желчных протоков и возможной фиксации конкрементов в просвете интрадуоденальной или интрапанкреатической части общего желчного протока (Рис. 1, 2).

Фиксированный конкремент часто становится препятствием при ретроградной канюляции общего желчного протока и причиной неэффективной ЭПСТ. ЭПСТ торцевым папиллотомом тоже затруднена, поскольку при пониженном давлении в желчных протоках размеры БДС небольшие и есть возможность повреждения нижней стенки ампулы БДС и дистальной части главного протока поджелудочной железы.

В 2010–2013гг в СОКБ № 1 во время проведения ЭПСТ при функционирующей холецистостоме проводили перфузию фурациллина или физ раствора в холецистостому, искусственно повышая давление в желчных протоках. Условия для операции улучшались за счет кратковременного увеличения БДС, но при этом в 50–60 % операция осложнялась острым панкреатитом, чаще всего среднетяжелой формой.

Во второй половине 2018 году в хирургическом отделении Верхнепышминской ЦГБ им П.Д. Бородина на лечении были 5 пациентов с диагнозом: ЖКБ, холангиолитиаз, функционирующая холецистостома. Женщин 3, мужчин 2,

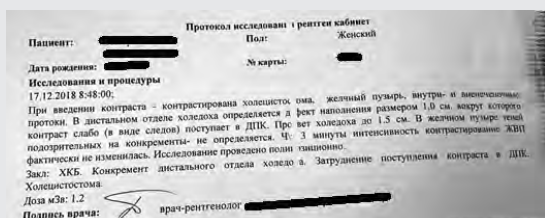


Рис. 1



Рис. 2

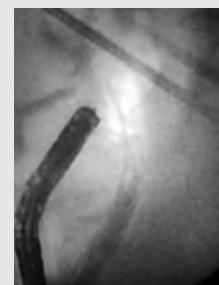


Рис. 3

возраст 44–61 г. Срок функционирования холецистосто-
мы 1–2 месяца.

Методика операции:

1. Дуоденоскопия
2. Канюляция и стентирование главного протока под-
желудочной железы. Используем панкреатические стенты
W. Сооск длиной 9см 5Fr по шкале Шарьера.
3. Разрез верхней стенки БДС торцевым папиллотомом
до панкреатического стента. Затем канюляция общего
желчного протока и ЭПСТ боковым папиллотомом.
4. Холедохолитозэкстракция (Рис. 3)
5. Удаление панкреатического стента через 1 сутки.

Время госпитализации в среднем 4–5 суток. Осложнений
не было.

Выводы

1. Холецистостомия — по объективным причинам наи-
более частая операция при механической желтухе, в том
числе вызванной холангиолитиазом.
2. Функционирующая холецистостома — может быть
причиной неэффективной ЭПСТ в связи с затрудненной или
невозможной канюляцией общего желчного протока.
3. Ретроградное стентирование главного протока под-
желудочной железы — необходимое и достаточное усло-
вие для эффективной ЭПСТ при функционирующей холе-
цистостоме.

НАЗОБИЛИАРНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ В СРАВНЕНИИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИТОВ НА ФОНЕ ОБСТРУКЦИИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Мерсаидова К. И., аспирант каф. хирургических болезней и общей хирургии с курсом эндоскопии и колопроктологии ФГБОУ ВО «Уральского государственного медицинского университета», зав. операционным блоком хирургии МАУЗ «ГКБ № 40», врач-хирург-эндоскопист
Багин В. А., к. м. н., ассистент каф. анестезиологии и реанимации МАУЗ «ГКБ № 40»
Нишневич Е. В., д. м. н., проф. каф. хирургических болезней и общей хирургии с курсом эндоскопии и колопроктологии ФГБОУ ВО «Уральского государственного медицинского университета», зам. гл. врача по хирургии МАУЗ «ГКБ № 40»
Прудков М. И., д. м. н., проф., зав. каф. хирургических болезней и общей хирургии с курсом эндоскопии и колопроктологии ФГБОУ ВО «Уральского государственного медицинского университета»
Алексейцев А. В., к. м. н., ассистент каф. хирургических болезней и общей хирургии с курсом эндоскопии и колопроктологии ФГБОУ ВО «Уральского государственного медицинского университета», зав. операционным блоком отделения лучевой диагностики, МАУЗ «ГКБ № 40»

г. Екатеринбург



■ Мерсаидова К. И.

Введение

Наиболее важным предрасполагающим фактором для развития холангита является обструкция желчевыводящих путей. Безусловно, камни в желчном пузыре остаются наиболее распространенной причиной обструкции и инфекции желчевыводящих путей, однако такие причины как доброкачественные или злокачественные опухоли, рубцовые стриктуры желчных путей, ятрогенные причины так же играют заметную роль. Согласно одному из наиболее крупных исследований [Gomi H, et al. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2017;24:310–8] холангит в результате обструкции стента встречается в 12 %, а в результате первичной опухолевой этиологии — в 16 % случаев от общего количества холангитов. При этом летальность нарастает от 2.4 % при холангите I степени до 8.4 % при холангите III степени тяжести. Независимо от этиологии холангита, в основе его лечения лежит адекватное дренирование желчных путей. В настоящее время эндоскопическое лечение является методом выбора, подходящим для большинства пациентов. Наиболее распространёнными способами эндоскопического лечения являются установка назобили-

арного дренажа (НБД) или первичное внутреннее стентирование. В исследованиях [Sharma BC, et al. Endoscopy 2005;37(5):439–443] и [Park SY, et al. Gastrointest Endosc 2008;68(6):1076–1080] продемонстрирована одинаковая эффективность обеих методик. На настоящий момент в РФ недостаточно данных чтобы рекомендовать ту или иную методику, а выбор способа лечения холангитов на фоне обструкции опухолевой этиологии зависит скорее всего от локальной практики.

Цель

Определить оптимальную тактику эндоскопического лечения холангитов на фоне обструкции опухолевой этиологии.

Материалы и методы

Дизайн исследования — ретроспективное когортное наблюдательное. Нами проанализировано 358 историй болезни пациентов, госпитализированных с 2016 по 2018 годы в Муниципальное автономное учреждение «Городская клиническая больница № 40» г. Екатеринбурга с обструкцией желчевыводящих путей, которым было выполнено транспапиллярное эндоскопическое вмешательство. У 216 пациентов причиной обструкции желчных путей были различные опухоли (холангиокарцинома, опухоль поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки и прочее). У 79 пациентов с обструкцией желчных путей опухолевой этиологии был диагностирован холангит различной степени (I, II и III степени тяжести) согласно Токийским рекомендациям 2018 года [Kiryama S, et al. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018;25:17–30]. Выбор метода эндоскопического лечения пациентов с холангитами опухолевой этиологии в МАУ ГКБ № 40 (НБД или внутреннее

Табл. 1. Базисные характеристики пациентов в группах стентирования и НБД

Показатель	Стентирование (n=42)	НБД (n=37)	P
Мужской пол, n(%)	23 (54,8)	18 (48,6)	0,655
Возраст, лет*	68,5 (65,0; 76,0)	65,0 (63,0; 72,0)	0,299
Тяжесть холангита, n(%)			
I степени	13 (31,0)	15 (40,5)	0,235
II степени	18 (42,9)	18 (48,6)	
III степени	11 (26,2)	4 (10,8)	
Уровень блока желчевыводящих путей			
Проксимальный	7 (16,7)	0 (0,0)	0,013
Дистальный	35 (83,3)	37 (100,0)	
Порядковый номер госпитализации, n(%)			
Первичная	26 (61,9)	6 (16,2)	<0,001
Повторная	16 (38,1)	31 (83,8)	
Индекс Charlson, ед*	6,0 (6,0; 8,0)	6,0 (5,0; 8,0)	0,480
Госпитализация в ОРИТ, n(%)	12 (28,6)	7 (18,9)	0,430

* Данные представлены в виде Me (Q1; Q3), где Me — медиана, Q1 — нижний (25-процентный) квартиль; Q3 — верхний (75-процентный) квартиль.

стентирование) зависит от опыта хирурга-эндоскописта и/или наличия технической возможности. Помимо хирургического лечения в локальный протокол терапии холангита входит антибактериальная терапия (бета-лактамы, антибиотики или фторхинолоны), инфузионная терапия и прочее. Из 79 больных, попавших в окончательный анализ, у 42 (53,2 %) пациентов при первичном вмешательстве было выполнено стентирование общего желчного протока пластиковым стентом, а у 37 (46,8 %) — установка НБД. Первичными точками исследования было сравнение госпитальной летальности между группами. В качестве вторичных точек нами определены длительность госпитализации в стационаре и ОРИТ, а также такие осложнения эндоскопического вмешательства как кровотечение, ретроуденальная перфорация, послеоперационный панкреатит, холецистит и продолженный холангит, который устанавливался нами при отсутствии положительной динамики после транспапиллярного вмешательства или ухудшении тяжести холангита согласно Токийским рекомендациям 2018 года на 2–3 сутки после операции.

Статистический анализ выполнялся при помощи программы EZR on R commander (v. 1.32). Дискретные переменные представлены в виде количества и доли в процентах (%). Непрерывные переменные представлены в виде Me (Q₁; Q₃), где Me — медиана, Q₁ — нижний (25-процентный)

квартиль; Q₃ — верхний (75-процентный) квартиль. Для анализа непрерывных данных применяли Mann-Whitney U-test. Для анализа категориальных данных применяли F-test. Допустимая вероятность случайной ошибки P < 0,05.

Результаты и обсуждение

Из 79 больных, включенных в окончательный анализ, летальный исход произошел у 5 пациентов, таким образом, госпитальная летальность составила 6,3 %. Средний возраст пациентов — 68,0 (63,5; 75,5) лет. Соотношение мужчины/женщины — 41 (51,9 %)/38 (48,1 %). Из 79 случаев у 42 (53,2 %) пациентов первично было выполнено стентирование общего желчного протока пластиковым стентом, а у 37 (46,8 %) — установка НБД. Большинство базисных характеристик пациентов в обеих группах, такие как пол, возраст, тяжесть холангита, индекс коморбидности Charlson, количество пациентов, потребовавших госпитализации в ОРИТ, были сопоставимы. В группе пациентов с установленным НБД было значительно больше больных, которые в анамнезе уже имели одну или несколько госпитализаций по поводу обструкции желчевыводящих путей. Возможно выбор оперативного вмешательства в виде установки НБД при повторной госпитализации, связан с меньшими техническими трудностями (Табл. № 1).

Послеоперационная госпитальная летальность в обе-

Табл. 2. Первичные и вторичные результаты исследования в группах стентирования и НБД

Показатель	Стентирование (n=42)	НБД (n=37)	P
Летальность, n (%)	4 (9,5)	1 (2,7)	0,364
Длительность госпитализации, сут*	7,5 (6,0; 11,0)	7,00 (5,0; 9,0)	0,382
Длит. госпитализации в ОРИТ, сут*	1,5 (1,0; 3,0)	1,0 (1,0; 1,5)	0,450
Послеоперационные осложнения, n(%)			
Общее количество	27 (64,3)	16 (43,2)	0,073
Холангит**	18 (42,9)	6 (16,2)	0,014
Панкреатит	9 (21,4)	5 (13,5)	0,393
Холецистит	1 (2,4)	2 (5,4)	0,597
Кровотечение	2 (4,8)	2 (5,4)	1,000

* Данные представлены в виде Me (Q1; Q3), где Me — медиана, Q1 — нижний (25-процентный) квартиль; Q3 — верхний (75-процентный) квартиль.

** продолженный холангит, устанавливался нами при отсутствии положительной динамики или ухудшении тяжести холангита согласно Токийским рекомендациям 2018 года на 2–3 сутки после операции.

их группах достоверно не отличалась. При анализе вторичных точек исследования обращает на себя внимание значительная тенденция к снижению общего количества послеоперационных осложнений в группе пациентов с НБД по сравнению с группой, подвергшейся стентированию. Достоверной разницы по таким осложнениям, как панкреатит, холецистит и кровотечение между группами пациентов не было. Количество продолженных холангитов в группе НБД составило 6 (16,2 %), что

значительно ниже, чем в группе стентирования — 18 (42,9 %); $P = 0,014$ (Табл. 2).

Заключение

Назобилиарное дренирование и первичное стентирование желчных протоков у пациентов с холангитом опухолевой этиологии могут рассматриваться как эквивалентные методы лечения. Назобилиарное дренирование приводит к меньшему количеству продолженных холангитов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Краснов А. С., врач-эндоскопист
Миронов А. В., к. м. н., ведущий научный сотрудник
Джаграев К. Р., к. м. н., зам. главного врача по хирургической работе
Степан Е. В., к. м. н., врач-хирург
Кузьмин А. М., врач-хирург
ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

г. Москва

Актуальность

Количество больных с заболеваниями панкреатобилиодуоденальной зоны неопухолового генеза постоянно увеличивается и достигает 38,3 % от всех больных с гастроэнтерологическими заболеваниями. Несмотря на большое количество методов хирургического лечения данной патологии возможности малоинвазивного эндоскопического лечения путем стентирования желчевыводящих и главного панкреатического протоков остаются малоизученными.

Цель

Оценить эффективность эндоскопической диагностики и лечения у больных с травмой и доброкачественными заболеваниями панкреатобилиодуоденальной зоны.

Материалы и методы

За последние 6 лет эндоскопическое стентирование протоков панкреатобилиодуоденальной зоны при патологии неопухолового генеза выполнялось 80 пациентам. Среди них было 50 мужчин и 28 женщин в возрасте $57,25 \pm 2,6$ лет (от 23 до 92 лет).

31 пациент (38,75 %) поступил с механической желтухой. У 23 больных причиной явились стриктуры холедоха, у 5 — первичный склерозирующий холангит, у 3 — ангуляция холедоха при сдавлении холедоха при перипапиллярном дивертикуле.

Нарушение целостности желчных протоков выявлено у 19 больных (23,75 %). В 6 случаях оно было обусловлено несостоятельностью культи пузырного протока и в 7 — повреждением холедоха во время холецистэктомии, у 4 — гнойный холангит с формированием внутреннего желчного свища, и в 2 — повреждением желчных путей при закрытой травме живота.

28 пациентов (36,25 %) находились на лечении с осложненными формами острого панкреатита. У 15 из них сформировались наружные и внутренние панкреатические свищи и в 1 случае — панкреато-плевральный свищ. У 9 пациентов выявлена гипертензия главного панкреатического протока (ГПП), за счет сдавления его с дистальной части, у 4 — ограниченные полости различных размеров в результате гнойно-деструктивных процессов при панкреонекрозе.



Краснов А. С.

У 1 больного (1,25 %) выявлен полный перерыв ГПП вследствие проникающего ранения брюшной полости.

Результаты

Стентирование желчевыводящих протоков выполнено 50 пациентам, главного панкреатического протока — 31 пациенту.

Для стентирования использовались пластиковые стенты диаметром 5, 7, 8,5, 10 и 11,5 Fr, длиной от 3 до 15 см и саморасширяющиеся нитиноловые стенты диаметром 0,8–1,0 см и длиной 6,8 и 10 см.

У всех пациентов с механической желтухой после стентирования желчеотток был восстановлен, явления механической желтухи купированы, отмечено снижение билирубина в крови с $112,7 \pm 14,8$ мкмоль/л (от 86 до 153 мкмоль/л) до $54,7 \pm 11,4$ мкмоль/л (от 38 до 88 мкмоль/л).

При нарушении целостности желчных путей у 18 из 19 пациентов удалось добиться закрытия дефектов и предотвращено развитие посттравматических рубцовых стриктур. В 1 случае была выполнена хирургическая реконструкция с наложением холедохохоледохоанастомоза на назобилиарном дренаже.

У 17 из 18 больных с дефектами ГПП восстановлен отток панкреатического сока в 12-перстную кишку, что способствовало их закрытию.

У всех 9 больных со сдавлением дистального отдела ГПП и его дилатации стентирование ликвидировало гипертензию, что позволило разрешить либо предупредить развитие острого панкреатита.



Продолжительность стояния стентов составила $229,6 \pm 71,4$ суток (от 28 до 475 суток). Рестентирование потребовалось 29 пациентам на $57,2 \pm 23,6$ сутки (от 8 до 159 суток) в связи с обтурацией либо миграцией стентов.

Умерли 3 больных от полиорганной недостаточности вследствие нарастающей интоксикации при панкреонекрозе.

Заключение

Стентирование желчевыводящих путей и главного панкреатического протоков является эффективным методом в лечении патологии билиопанкреатодуоденальной зоны неопухолевого генеза, которое позволяет добиться положительного результата у 95 % пациентов.

О НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ПУТЯХ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Муцуров Х.С., Оразалиев Г.Б., Оразалиев Б.Х., Шлак Е.Г., Вербовский А.Н., Архипкин А.К., Гвоздик В.В., Войтковский А.Е., Балалыкин А.С., ЦКБ, Грозный; ЦКГБ, Беруний; 1 МГМУ им. Сеченова, кафедра хирургии; ЦГКБ, Реутов; ГKB 36 ДЗМ; МКНПЦ

📍 г. Грозный, Беруний, Реутов, Москва

Актуальность

За многолетнюю историю предложены разные методы и тактики лечения желчекаменной болезни, а хирурги при неотложных операциях вполне обоснованно прибегают к НДЖП как скорейшему способу завершения операции и возможности послеоперационной ревизии желчных протоков (ЖПР), но избежать недостатков оперативных вмешательств не удаётся.

Цель — оценить неудачи оперативного лечения желчекаменной болезни и пути их коррекции.

Материал и результаты

В 2015–2016 гг мы наблюдали 87 больных с осложнениями операций ХЭ (44 — после традиционной ХЭ и 43 — после ЛХЭ): 7 — повреждениями желчных протоков (ТХЭ-1, ЛХЭ-6); 4 — желчеистечениями из-за негерметичности НДЖП после ТХЭ, (3 — Т-образных, 1-трубчатый); 17- несостоятельностью культи пузырного протока (НКПП) (3 и 14); 1- желчным свищом (ТХЭ); 7 — стриктурами ЖПР (соответственно, 6 и 1); 27- забытыми камнями (23 и 4); 1- неполной ЛХЭ. ТХЭ (контрольная группа) у 27 (13.9 %) из 195 больных завершилась НДЖП: у 12 (32,4 % от общего числа с НДЖП) — через КПП и у 15 (67,6 %) — Т-образным дренажом. Клинически они сопровождалась перитонитом (4), желтухой (19), желчеистечением (13) и другими

проявлениями, которые у 21- сочетались. Итак, для ЛХЭ главной проблемой являются повреждения ЖПР и НКПП, а при ТХЭ — проблемы НДЖП и неустранимых холедохолитиаза и новообразований БДС («ПХЭС»).

Новым направлением в коррекции ряда неудач операции НДЖП является чреспапиллярная ЭХ, ставшая методом лечения 66 из 87 пациентов и включающая комплекс оперативных вмешательств (ЭПТ, литотрипсия, экстракция камней и фрагментов, восстановление естественного тока желчи стентированием) при касательных повреждениях ЖП (3 из 5 больных), желчеистечении в брюшную полость помимо НДЖП (11 из 14) и НКПП (12 из 17), холедохолитиазе (23 из 27), аденоматозе БДС (11) и т.д. Несомненно эффективность ре- и лапароскопии при НКПП (3 из 17) и холедохолитиазе (2). Традиционная хирургия остается незаменимой при обширных травмах (3 из 6) и стриктурах желчных протоков (4 из 7 больных). Умер 1 больной 82 лет с желчным перитонитом и Т-образным дренажом от печеночной недостаточности.

Резюме

Неудачи операций на гепатикохоledoхе разнообразны и эндоскопическая хирургия является эффективным методом коррекции большинства из них, уступая традиционной хирургии при обширных повреждениях желчных протоков.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛЭКТОМИЯ

Недолужко И. Ю., к. м. н., заведующий отделением оперативной эндоскопии
Хон Е. И., аспирант отделения оперативной эндоскопии
Шишин К. В., д. м. н., проф., руководитель отдела эндоскопии
ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр имени А. С. Логинова ДЗМ

г. Москва



■ Недолужко И. Ю.

Введение

В настоящее время неоплазии большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) являются самой частой локализацией аденом в тонкой кишке. С развитием современной оперативной эндоскопии подходы к лечению доброкачественных новообразований БСДК претерпели изменения с приоритетом использования миниинвазивных методов.

Биопсия не может считаться достоверным методом верификации характера патологических изменений. По данным литературы ложноотрицательные результаты наблюдаются в 16–30 % случаев, а ложноположительные в 12–38 %. В связи с высоким уровнем ложноположительных и ложноотрицательных результатов при традиционной биопсии, эндоскопическая папиллэктомия (ЭП) может рассматриваться как вариант тотальной биопсии, с целью дальнейшего определения тактики лечения.

Дополнительными методами обследования пациентов с новообразованиями БСДК являются эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) и компьютерная томография (КТ).

Частота малигнизации аденомы большого сосочка двенадцатиперстной кишки достигает 30 %. И хотя скорость и сроки малигнизации до сих пор не изучены достоверно, хирургическое удаление аденом, учитывая их злокачественный потенциал, является предпочтительным методом лечения.

Долгое время стандартом лечения являлась трансдуоденальная папиллэктомия или панкреатодуоденальная резекция. Эндоскопическая папиллэктомия приобретает приоритетное значение в лечении доброкачественных новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Цель

Оценка эффективности эндоскопической папиллэктомии в лечении пациентов с доброкачественными новообразованиями большого сосочка двенадцатиперстной кишки в условиях одного лечебного учреждения.

Материалы и методы

В период с 2014 по 2018 гг. в отделении оперативной эндоскопии в ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ было выполнено 45 эндоскопических оперативных вмешательств пациентам с новообразованиями БСДК. Среди оперированных пациентов было 26 (58 %) женщин и 19 (42 %) мужчин в возрасте от 26 до 77 лет (средний возраст 53 ± 27). Практически у всех пациентов новообразования БСДК были выявлены при плановом обследовании по поводу других заболеваний. Только у 3 пациентов (6 %) в анамнезе были эпизоды механической желтухи. Предоперационное обследование пациентов включало в себя дуоденоскопию, эндосонографию, компьютерную томографию или магниторезонансную томографию, лабораторные исследования.

Критериями отбора пациентов для проведения эндоскопической папиллэктомии являлись: размер новообразования до 4 см, отсутствие признаков малигнизации и внутрипротокового распространения новообразования более 1 см.

Техника

Оперативные вмешательства выполнялись в условиях рентгеноперационной. Все пациенты находились под внутривенной анестезией с искусственной вентиляцией легких, в положении на спине. Все операции выполнены в условиях инсуффляции углекислого газа.

Подслизистая инъекция физиологического раствора для создания лифтинга применялась для удаления латерального стелющегося компонента аденомы после резекции основной части новообразования.

Папиллэктомия проводилась методом петлевой резекции в смешанном режиме резки. Предпочтение отдавалось методике удаления новообразования единым блоком («en bloc»). При отсутствии технической возможности, новообразования удалялись несколькими фрагментами («pieces meal»). Непосредственно после отсечения макропрепарата выполнялось немедленное его извлечение из просвета двенадцатиперстной кишки с целью профилактики дистальной миграции и потери гистологического материала. После удаления новообразования проводилась визуальная оценка краев резекции с использовани-

ем узкоспектральных режимов сканирования для выявления резидуальной ткани аденомы. При необходимости выполнялась дополнительная резекция слизистой двенадцатиперстной кишки.

Попытки стентирования панкреатического протока с целью уменьшения риска развития послеоперационного панкреатита являлись обязательным этапом вмешательства. После стентирования панкреатического протока выполнялся окончательный гемостаз зоны операции с использованием коагуляционного зонда с функцией подачи жидкости.

В завершении манипуляции проводился контроль гемостаза и при надобности его проведение — коагуляция, клипирование.

Результаты

Технический успех был достигнут у всех пациентов. В 24 (53 %) наблюдениях новообразование было удалено единым блоком. В 21 наблюдении (47 %) новообразования были удалены несколькими фрагментами. Попытки стентирования панкреатического протока были обязательным этапом. Поиск устья протока осуществлялся в течение 10 минут, при неэффективности от дальнейших попыток воздерживались, с целью уменьшения травматизации тканей и снижения риска развития послеоперационного панкреатита. Техническая реализация стентирования главного панкреатического протока была достигнута в 30 наблюдениях (67 %). Большинство стентов спонтанно мигрировали через 2 недели после установки. При их задержке более 2 недель проводилось эндоскопическое удаление. Стентирование общего желчного протока выполняли на начальном этапе освоения методики, и оно было выполнено у 4 пациентов (9 %).

Необходимость интраоперационного гемостаза после эндоскопической папиллэктомии возникла в 27 наблюдениях (60 %). Гемостаз осуществляли методом гидротермокоагуляции, клипирования, использования гемостатической пудры после предварительного стентирования главного панкреатического протока.

К ранним послеоперационным осложнениям эндоскопической папиллэктомии (развивающиеся в первые 7 суток): острый постманипуляционный панкреатит, кровотечение, перфорация, холангит; и поздние: рубцовый стеноз устья панкреатического и желчного протоков.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 29 % (11 наблюдений) пациентов при этом осложнения, повлиявшие на течение послеоперационного периода и сроки госпитализации, наблюдались у 5 пациентов (11 %).

Кровотечение было наиболее частым осложнением и развилось у 8 (18 %) пациентов в раннем послеопера-

ционном периоде. Во всех наблюдениях выполнен успешный эндоскопический гемостаз. У 4 больных отмечены рецидивы кровотечения от 1 до 3 раз с необходимостью проведения повторного гемостаза.

Ретродуоденальная перфорация возникла в 3 (6,6 %) наблюдениях. В 2 (4,5 %) случаях послеоперационный период осложнился развитием острого панкреатита, лечение которого проводилось консервативно. Летальный исход в 2 клинических наблюдениях 4,4 %.

Рецидив аденомы выявлен в 1 наблюдении (2 %), у пациента через 2 года после папиллэктомии. Пациенту выполнено повторная эндоскопическая резекция слизистой с удалением аденомы.

В 5 наблюдениях по результатам гистологического исследования в удаленном материале были выявлены фокусы аденокарциномы, в 1 наблюдении нейроэндокринная опухоль. 2 пациентам впоследствии была выполнена панкреатодуоденальная резекция. 1 пациентка проходит курсы химиотерапии, в связи с выявленной в ходе диагностической лапароскопии диссеминации процесса. В одном из наблюдений, по результатам гистологического исследования, данных за наличие злокачественных клеток в крае резекции нет (R 0), пациентка в течение года находится на динамическом контроле без признаков рецидива. Остальные 2 пациента от дальнейшего лечения в нашем центре отказались.

Заключение

Эндоскопическая папиллэктомия это эффективный, миниинвазивный метод лечения новообразований БСДК. В случае доброкачественных новообразований, эндоскопическая папиллэктомия является радикальным методом лечения, а в случае выявления злокачественного характера опухоли расширенным вариантом биопсии, определяющим дальнейшую тактику лечения пациента.

Не смотря на достаточно большое число осложнений, большинство из них поддаются лечению консервативным путем или с использованием миниинвазивных методов лечения.

Эндоскопическая папиллэктомия в отличие от традиционного хирургического лечения характеризуется меньшей частотой тяжелых осложнений и летальности, что позволяет рассматривать ее как метод выбора в лечении пациентов с доброкачественными новообразованиями большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Наш опыт показывает, что отбор пациентов для выполнения эндоскопической папиллэктомии является важным этапом, что требует стандартизации протокола обследования и формулирования критериев выбора метода лечения.

К ВОПРОСУ О ТАКТИЧЕСКИХ ОШИБКАХ И ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТИХОЛЕДОХА

Оразалиев Б. Х., Оразалиев Г. Б., Войтковский А. Е.
ЦРБ, Беруний, Узбекистан
ОКБ, Ставрополь

📍 г. Беруний, Ставрополь

Актуальность

«Постхолецистэктомический синдром» или неадекватные операции при желчекаменной болезни (ЖКБ) продолжают оставаться серьёзной проблемой её лечения. Цель — оценить некоторые причины интраоперационных ошибок. Материал и результаты. Работа основана на результатах хирургического лечения больных ЖКБ в условиях ЦРБ. Считаем, что причинами тактических ошибок операционного периода, обуславливающих ПХЭС, являются:

1. исключение этапа ревизии желчных протоков;
2. некачественная их ревизия (неэффективные методики, невозможность применения динамической рентгеноскопии и холангиоскопии),
3. игнорирование наружным дренированием ЖП,
4. неправильное дренирование.

Хирургические операции не всегда решают проблему холангиолитиаза, о чём говорит большой (до 25 %) процент «ПХЭС» и проводимых ЧПО после холедохолитотомий. К сожалению, хирурги состояние и проходимость ТОХ определяют с помощью некорректного рентгенологического метода (одиночные рентгенограммы, тугое заполнение протоков контрастным веществом высокой концентрации) и устаревшей методикой — ревизией металлическими зондами № 3–5. Препятствия проведению зонда в ДПК обусловлены не камнями и стенозом ТОХ, а индивидуально узким ТОХ, мышцами интрамурального сегмента и изгибами (панкреатическим, дуоденальным и папиллярным) ТОХ при его вхождении в ДПК. Эта зона трудно преодолима для антеградно и ретроградно вводимым инструментам, а насильственное их введение

порождает диагноз «стеноз» и создание ложного хода, холедоходуоденальной фистулы, что подтверждает дуоденоскопия. Даже на секционном материале, имея фиксацию и кратчайший путь введения зонда, порой невозможно без достаточного усилия провести инструменты через этот участок желчного протока. В организме человека вряд ли можно найти столь же деликатное место, влияющее на деятельность нескольких органов, в котором приходится манипулировать ригидными инструментами.

Плохая интраоперационная диагностика порождает тактические ошибки: неустранённые холангиолитиаз, новообразования БДС и стенозы терминального отдела холедоха (ТОХ) и др. Диагноз «стеноз» ставится неоправданно чаще: за стеноз принимается индивидуально узкий ТОХ. Нельзя без манометрии основываться на рентгенологических, сонографических данных (узкий ТОХ) и, тем более, ревизии ТОХ металлическим зондом.

При множественном холедохолитиазе всегда имеется эктазия гепатикохоледоха, что при «узком» ТОХ способствует постановке ложного диагноза «стеноз» — эндоскописты при ЭРХГ, а хирурги во время операции диагностируют его до 30–50 %, а корригирующие операции выполняются в 2–3 раза реже.

Резюме

Ошибки интраоперационной диагностики заболеваний желчных протоков можно уменьшить и, даже, избежать лишь при глубоких знаниях и наличии высокоинформативных методов исследования (динамической рентгеноскопии, холангиоскопии

НЕУДАЧИ НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (НДЖП) И МЕСТО ЭНДОСКОПИИ В ИХ КОРРЕКЦИИ

Оразалиев Г.Б., Войтковский А.Е., Оразалиев Б.Х.
ЦРБ, Беруний, Узбекистан

г. Беруний, Узбекистан

Актуальность

НДЖП — эффективная хирургическая операция по декомпрессии ЖП, обеспечивающая послеоперационную диагностику и лечение пропущенных заболеваний. Однако, выполнение этой простой операции и послеоперационное ведение больных несут в себе серьезные проблемы.

Цель

Оценить негативные стороны подготовки и проведения операции НДЖП.

Результаты и обсуждение

Проанализированы 37 больных с НДЖП, у 35 из которых диагностированы 52 различных неудач, ошибок и осложнений. Анализ показал, что проблемами НДЖП являются: 1-недостаточная объективность и обоснованность проведения операций НДЖП; 2-ошибки названия, выбора и обработки дренажей; 3-методические и технические ошибки проведения НДЖП; 4-нарушение принципов послеоперационного ведения больных с НДЖП; 5-осложнения НДЖП и тактика их лечения. Недостаточная объективность и обоснованность показаний к НДЖП: -ошибки и малая информативность пред- и интраоперационной диагностики; - субъективизм хирургов, — недостаточный их опыт и помощников; — неадекватная санация желчных протоков. Ошибки названия, выбора и обработки дренажей: — неправильное название дренажей; — плохое качество и неадекватные параметры дренажных трубок; — неправильная обработка дренажных трубок.

Из 23 Т-образных дренажей, названных Kehr, только 9 (39 %) были таковыми (срезанная полуокружность), а остальные были дренажами J. Deaver (несрезанная полуокружность). Таким образом, дренажом Kehr называются и описываются другие виды дренажей и являются «импровизацией» хирургов. О дренаже А. В. Вишневского (5.4 %): чаще -это дренаж А. Lane, ибо не используется принцип «сифон-манометр» в послеоперационном периоде. Дренаж W. Halsted (трубка в общий желчный

проток через КПП) хирурги называют дренажом Д. Л. Пиковского, предложившего дренажную трубку диаметром 1мм и доказавшего текучесть желчи по ней. Если это правило соблюдено, то надо писать двух авторов.

Ошибки проведения собственно операции НДЖП включали: использование недостаточно обработанных дренажных трубок; неудачи выбора места установки дренажа; ошибочное размещение дренажной трубки в ГХ; применение нерассасывающихся нитей для фиксации дренажа, приводящие к трудностям удаления, дискомфорта больных, образованию гранулем; дефекты фиксирования (тугое, слабое) дренажной трубки; пренебрежение дренированием брюшной полости и т.д. Ошибки ведения послеоперационного периода: длительное дренирование и потеря желчи по дренажу; пассивное ведение дренажа в послеоперационном периоде; неправильное расположение желчеприемника; преждевременное и позднее удаление дренажа; удаление дренажа без контрольной холангиографии; длительное пребывание больных в стационаре и т.д.

Осложнения НДЖП (ранние, поздние) обнаружены у 35 из 37 больных: перегибы дренажных трубок (5.4 %); неправильное положение бранш и нарушение проходимости желчных путей (5.4 %); деформация гепатикохоледоха (2.7 %); дислокация дренажа (2.7 %); подтекание желчи мимо дренажа в брюшную полость (22 %); обильное длительное желчеистечение по дренажу (19 %); повреждение гепатикохоледоха при извлечении дренажа (5.4 %); желчный перитонит, абсцессы (5.4 %); холангит (13.5 %); желчный свищ (2.7 %); стриктуры ГХ (8.1 %), холедохолитиаз (63 %). Традиционная лапаротомия для их коррекции проведена у 5 больных (умер 1 пациент 82 лет с желчным перитонитом); лапароскопия — у 1; ЧПО — у 31 больного.

Резюме

Эндоскопия — эффективный метод решения проблем НДЖП.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Орешко Л. С., д. м. н., проф.; Цховребова З. М., аспирант; Семенова Е. А., к. м. н., ассистент
каф. пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

г. Санкт-Петербург

Введение

Билиарные нарушения являются актуальной проблемой гастроэнтерологической практики. Среди многих причин формирования патологии органов пищеварения является генетическая предрасположенность к коллагенопатии, обусловленная мутациями генов, участвующих в морфогенезе структурных белков соединительной ткани [1,2]. Собственные наблюдения пациентов с целиакией показали высокую частоту врожденных аномалий желчного пузыря, расцениваемые как висцеральные признаки дисплазии соединительной ткани. Патология органов пищеварения у больных целиакией возникают в результате взаимодействия молекулярно-генетической предрасположенности и внешних факторов на этапах органогенеза [3].

Целиакия относится к хроническому аутоиммунному заболеванию с первичным поражением тонкой кишки. Характерными морфологическими признаками при целиакии являются укорочение высоты ворсинок и удлинение крипт, выраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки и покровного эпителия [4,5]. По причине анатомического единства воспалительный процесс слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки распространяется и на большой дуоденальный сосочек, что нарушает синхронную последовательную деятельность билиарно-панкреато-дуоденальной зоны. Нарушение пассажа желчи способствует развитию функциональной патологии на начальных этапах, затем формированию органической патологии билиарно-панкреато-дуоденальной зоны.

Цель исследования

Изучить частоту аномалий желчного пузыря и морфологические изменения большого дуоденального сосочка у больных целиакией.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 54 пациента, с подтвержденным диагнозом целиакии. Средний возраст больных целиакией составил $31,6 \pm 11,5$ лет. С целью визуализации билиарного тракта обследованным проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП). Для оценки состояния верхних отделов органов пищеварения (желудка и ДПК), 25 пациентам

с подтвержденным диагнозом целиакии, проводилась эзофагогастродуоденоскопия с последующей биопсией слизистой оболочки (СО) ДПК и большого дуоденального сосочка (БДС).

У обследованных выявлены: гиперемия СО ДПК у 17 человек (68 %), гиперемия антрального отдела желудка у 14 (56 %), наличие желчи в просвете желудка у 10 (40 %), отсутствие желчи в просвете ДПК у 6 (24 %) человек.

Результаты

По результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости у 43 пациентов (79 %) были выявлены различные аномалии формы желчного пузыря: в 41 % случаев — перегиб в области тела желчного пузыря, в 27 % — S-образный желчный пузырь, в 16 % — перегиб в области шейки желчного пузыря, в 13 % — перетяжки желчного пузыря.

По данным гистологического исследования у 25 пациентов, не соблюдающих аглютеновую диету, отмечали хронический дуоденит различной степени и морфологические изменения БДС. Гистологическая картина ДПК характеризовалась лимфоцитарной инфильтрацией, снижением высоты ворсинок и углублением крипт с повышенной митотической активностью железистого эпителия, уменьшением количества бокаловидных клеток. У всех обследованных СО БДС выявлены морфологические признаки воспалительного процесса, очаговой гиперплазии поверхностных желез, что соответствовало формированию гиперпластического процесса. Обращало на себя внимание, что макроскопические изменения БДС выявлены у 8 пациентов (32,0 %), в то время как у остальных пациентов признаки воспалительного процесса подтверждались только результатами морфологического исследования.

Выводы

Проведенное наблюдение показало высокую частоту аномалий желчного пузыря и на этом фоне воспалительно-функциональных изменений верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что является клиническими проявлениями целиакии с наследственной отягощённостью, ассоциированной мутациями генов структурных белков.

Наличие воспаления слизистой оболочки ДПК сопро-

вождается воспалительным процессом в БДС, что является результатом общих патогенетических механизмов. Детальное изучение зоны БДС недоступно обычными эндоскопическими методами обследования, что требует использования проведения дуоденоскопии с прицель-

ной биопсией СО БДС. Наличие папиллита является одной из причин нарушения пассажа желчи в ДПК. Таким образом, эндоскопический осмотр папиллярной области и прицельная биопсия при дуоденоскопии служат скрининговым методом.

Литература

1. Ильченко А. А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: рук. для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Мед. информ. агентство, 2011. — 880 с.
2. Наследственные нарушения соединительной ткани. Российские рекомендации ВНОК. — 2012. — 78 с.
3. Орешко Л. С., Цховребова З. М., Ситкин С. И. Клинико-диагностические аспекты билиарной патологии у больных целиакией. Гастроэнтерология № 7 (151) — 2018. — С. 9–11.
4. Noncoeliac enteropathy: the differential diagnosis of villous atrophy in contemporary clinical practice / K. Pallav [et al.] // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. — 2012. — Vol. 35, № 3. — P. 380–390.
5. Cupfer, S. S. Pathophysiology of celiac disease / S. S. Cupfer, B. Jabry // *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America*. — 2012. — Vol. 24 (4). — P. 639–660.

ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХА У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО РУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТОНКОГО КОЛОНОСКОПА

Петкевич А. А., зав. эндоскопическим отделением
Маевская Т. В., врач-эндоскопист эндоскопического отделения
ГУ «РКМЦ» Управления делами Президента Республики Беларусь

г. Минск, Беларусь



■ Петкевич А. А.

■ Маевская Т. В.

Лечение злокачественных неоперабельных билиарных стриктур, возникающих вследствие прорастания или сдавления протоков опухолевой тканью, у оперированных пациентов с альтернативной анатомией после резекции желудка, является актуальной проблемой современной эндоскопической хирургии в связи со сложностью проведения у них эндоскопических ретроградных вмешательств. У пациентов с механической желтухой такого генеза, учитывая тяжесть их состояния, менее инвазивные эндоскопические вмешательства являются наиболее предпочтительными и легче переносятся, чем чрезкожные или открытые хирургические, и обычно включают в себя ретроградную эндоскопическую холангиопанкреатографию (РХПГ) и стентирование злокачественных стриктур билиарными стентами. У пациентов с оперированным желудком выполнить данную манипуляцию стандартным методом с помощью дуоденоскопа или гастроскопа невозможно при локализации зоны большого дуоденального сосочка (БДС) в длинной отводящей петле, в данной ситуации необходимо применение двухбаллонного или однобаллонного энтероскопа, который в большинстве медицинских учреждений Республики Беларусь отсутствует. Мы предлагаем альтернативный метод — использовать тонкий или педиатрический колоноскоп для достижения зоны БДС в длинной отводящей петле.

В клиническом наблюдении нами представлен первый в Беларуси опыт стентирования холедоха у пациента по-

сле субтотальной резекции желудка по Ру с использованием тонкого колоноскопа.

Пациент Л., 68 лет, находился на обследовании и лечении в хирургическом отделении ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь с клиническим диагнозом: Рак антрального отдела желудка, инфильтративная форма, T 3N 1M0, стадия 3. Состояние после дистальной субтотальной резекции желудка (3,5 года назад). Прогрессирование: метастазы в ворота печени. Механическая желтуха. Состояние после наложения обходного холецистоэнтероанастомоза с дополнительным межкишечным анастомозом по Брауну (3 месяца назад). Операции были выполнены по месту жительства.

Пациент поступал с клиникой механической желтухи, выраженной желтушностью кожных покровов и кожным зудом. При поступлении при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости определялись объемные образования печени (метастазы), лимфаденопатия в воротах печени, отключенный желчный пузырь, конкременты желчного пузыря, дилатация холедоха (диаметр холедоха 10 мм), признаки билиарной гипертензии (внутрипеченочные желчные протоки расширены до 6–7 мм во всех отделах печени), нельзя исключить метастазы в протоки. В биохимическом анализе крови при поступлении определялось повышение общего билирубина до 329,74 мкмоль/л и прямого билирубина до 151,98 мкмоль/л, аспартатаминотрансферазы (АСТ) до 104,96 Ед/л, аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 153 Ед/л. На компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости при поступлении выявлены КТ-признаки вторичных изменений в лимфоузлах ворот печени и культи желудка, выраженная билиарная гипертензия (внутрипеченочные желчные протоки выражено до 18 мм расширены, внепеченочный не визуализируется), признаки гипертензии в вирусном протоке (расширен до 5 мм), аэрохолия.

Учитывая выраженную желтуху, невозможность радикальных методов лечения вследствие прогрессирования заболевания (метастазы в ворота печени), высокий риск

хирургических вмешательств на высоте желтухи, для ее разрешения, улучшения качества жизни пациента, было принято решение провести РХПГ с последующим стентированием холедоха.

Пациенту была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) гастроскопом с диаметром дистального конца 9,2 мм. При ЭГДС пищевод без патологии, кардия смыкается, желудок резецирован (субтотальная резекция), за анастомозом определяются две петли (по типу Бильрот-2), в приводящей и отводящей петле БДС не обнаружен. Заключение: Состояние после субтотальной резекции желудка, возможно по Ру. Рекомендована попытка проведения тонкого колоноскопа в Ру-петлю с канюляцией и стентированием холедоха, после чего с помощью тонкого колоноскопа с диаметром дистального конца 9,8 мм в приводящей петле приблизительно на расстоянии 50 см от гастроэнтероанастомоза визуализирован БДС, желчь из которого не выделялась, в просвете кишки желчи на момент осмотра не было. После предварительного рассечения устья БДС игольчатым папиллотомом (вследствие стриктуры устья БДС) произведена канюляция, контрастирование желчных протоков — выявлена протяженная стриктура холедоха (до 80 мм), вероятно, злокачественного генеза (вследствие сдавления извне? прорастания опухолевой ткани?), просвет холедоха нитевидный, не более 1 мм в диаметре, диаметр внутрипеченочных желчных протоков проксимальнее стриктуры до 10 мм. Произведена папиллосфинктеротомия (ПСТ) трехпросветным струнным папиллотомом и стентирование холедоха пластиковым стентом 8,5 Fr толщиной, 125 мм длиной. При контрольном осмотре стент фиксирован, желчь выделяется. На следующий день после стентирования пациенту было проведено контрольное УЗИ органов брюшной полости, при котором общий желчный проток в проксимальном отделе расширен до 10,6 мм, далее в дистальном отделе холедоха и области БДС визуализируется стент, дистальный отдел холедоха в зоне стента не расширен, вирсуго проток не расширен, внутрипеченочные желчные протоки расширены (передняя и задняя ветви правого печеночного до 7,5 мм, междольковые протоки до 5 мм, левый печеночный до 3 мм). Заключение: УЗИ-признаки

билиарной гипертензии проксимальнее соединения ветвей печеночных и пузырного протока.

В биохимическом анализе крови на следующий день после стентирования отмечается снижение показателей общего билирубина до 262,9 мкмоль/л, АСТ до 80,5 Ед/л, АЛТ до 128 Ед/л, панкреатическая амилаза 24,5 Ед/л.

Пациенту проводилось также медикаментозная терапия дротаверином, клемастином, лактулозой, омепразолом, октреотидом, проводилось внутривенное капельное введение растворов глюкозы, калийполяризующей смеси.

На третий день после проведения стентирования холедоха пациент был выписан в удовлетворительном состоянии с положительной динамикой, температура нормальная, кожные покровы и склеры желтушные с уменьшением интенсивности окраски (после стентирования общий билирубин снизился от 329,74 мкмоль/л до 262,9 мкмоль/л), под диспансерное наблюдение онколога. При появлении и нарастании клиники холангита, прогрессировании механической желтухи пациенту была рекомендована госпитализация в хирургический стационар, также рекомендован ЭГДС-контроль через 3 месяца.

Таким образом, использование тонкого колоноскопа является эффективным способом для достижения БДС или устья гепатикоеноанастомоза у оперированных пациентов после резекции желудка по Ру, является альтернативой применению двухбаллонного или однобаллонного энтероскопа, позволяет выполнить необходимые ретроградные эндоскопические манипуляции. Нами предлагается внедрение данной методики в клиническую практику для выполнения ретроградных эндоскопических вмешательств у пациентов с оперированным желудком по Ру.

Ретроградные эндоскопические методы диагностики и лечения (РХПГ, ПСТ, стентирование) являются эффективным паллиативным методом лечения у пациентов с механической желтухой по поводу стриктур холедоха злокачественного генеза, позволяют разрешить механическую желтуху у неоперабельных пациентов, являются альтернативой хирургического лечения, позволяют увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество у данной категории пациентов.

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Попова М. А., врач-эндоскопист ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им С. В. Беляева»
Леонтьев А. С., проф. каф. хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, врач-эндоскопист ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29»
Мерзляков М. В., к. м. н., зав. отделением эндоскопии ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им С. В. Беляева»
Хапаева Т. Н., врач-рентгенолог рентгенологического отделения ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им С. В. Беляева»

📍 **г. Кемерово, г. Новокузнецк**

Актуальность

Острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП) — это грозное осложнение папиллосфинктеротомии. Наиболее значимые факторы риска развития: женский пол, молодой возраст пациента.

Цель работы оценить риск развития ОПМП у пациентов в разных возрастных группах.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 646 историй болезни пациентов с патологией органов панкреатобилиарной зоны находившихся на лечении в ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница» и ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29» в 2015–2018 гг. Основой для анализа стало выполнение всем пациентам ретроградных эндоскопических вмешательств ЭРПХГ/ЭПСТ. Женщин 486(75,2 %), мужчин 160(24,8 %). Средний возраст пациентов составил 61,8±14,9 год, среди женщин 61,7±15,5 лет, среди мужчин 62,1±12,8 лет. Всего выполнено 813 внутрисветовых ретроградных транспиллярных вмешательств.

Использовали видеодуоденоскопы компаний Fujinon и Karl Storz с диаметром инструментального канала 4,2 мм, катетеры и пипиллотомы компаний Endostars, Boston Scientific, COOK medical и MTW.

Развитие ОПМП оценивали по клинико-лабораторным признакам: гипермилаземия выше 3-х норм, патогномоничные болевой синдром и клиническая картина. Степень тяжести оценивали по клинической картине, лабораторным изменениям, данным УЗИ, КТ, МРТ. Степень тяжести ОПМП оценивали как лёгкую при уровне амилазы выше 3-х норм, диагностированной отечной форме панкреатита без проявления полиорганной недостаточности (ПОН). Средняя степень при амилаземии выше 3-х норм, наличие одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс), и/или транзиторная ПОН не более 48 часов. Тяжелую степень при амилаземии выше 3-х норм и наличии неотграниченного инфицированного панкреоне-

кроза или/и развитием ПОН более 48 часов. Пациенты были разделены на возрастные группы по классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2018 г.: молодой возраст: 18–44 года, средний возраст: 45–59 лет, пожилой возраст: 60–74 года, старческий возраст: 75–90 лет.

Результаты

ОПМП развился в 70 (8,6 %) случаев, женщин из них 62 (88,6 %), мужчин — 8 (11,4 %). Летальные исходы на фоне развития панкреонекроза наблюдались у 4(5,7 %) пациентов женского пола. Средний возраст пациентов с ОПМП составил 61,8±14,9 лет, в когорте женщин с 61,7±15,5 лет, мужчин 62,1±12,8 лет. У молодых пациентов, так и в группе пациентов среднего возраста панкреатит развился в 15(21,4 %) случаев, в группе пожилых пациентов в 31(44,3 %) случаев, в группе пациентов старческого возраста 9(12,9 %) случаев.

Среди женщин различных возрастных групп случаи ОПМП, наиболее часто, развивались в группе пожилого возраста — 28(11 %), реже 13(8,3 %) в группах молодого и среднего возраста 13(8,3 %), и наиболее редко в группе старческого возраста — 8(6,7 %) случаев.

У мужчин ОПМП развился в 8(11,4 %) случаях. В разных возрастных группах у пациентов мужчин ОПМП в группе молодых пациентов зафиксирован наиболее часто 2(2,3 %), реже пациентов среднего 2(1,3 %) и пожилого 3(2,1 %) возрастов, и наиболее редко в группе старческого возраста 1(0,7 %).

1(6,7 %) летальный исход зафиксирован в группе пациентов молодого возраста, 2(13,3 %) в группе пациентов среднего возраста, и 1(3,6 %) случай среди пациентов пожилого возраста.

Выводы

1. Наибольшая частота развития ОПМП отмечена у пожилых пациентов и достигла 44,3 % случаев.
2. Частота развития ОПМП у мужчин достигает 11,4 %.
3. ОПМП у женщин развился в 88,6 %.
4. Наибольшая летальность отмечена в группе пациентов среднего возраста и составила 3,6 % случаев.

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ВНУТРИПРОСВЕТНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ КЛИНИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Попова М. А., врач-эндоскопист ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им С. В. Беляева»
Леонтьев А. С., проф. каф. хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
врач-эндоскопист ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29»
Мерзляков М. В., к. м. н., зав. отделением эндоскопии ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им С. В. Беляева»
Хапаева Т. Н., врач-рентгенолог рентгенологического отделения ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им С. В. Беляева»

📍 г. Кемерово, г. Новокузнецк

Актуальность

Высокая эффективность и малоинвазивность эндоскопических транспапиллярных операций на органах панкреатобилиарной зоны привела к широкому рутинному распространению метода. Несмотря на большой опыт накопленный в этой области, риск развития такого грозного осложнения как острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП) по-прежнему актуален, а частота его развития достигает 40 % случаев.

Цель

Оценить уровень развития ОПМП в многопрофильном клиническом стационаре.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 646 историй болезни пациентов с патологией органов панкреатобилиарной зоны находившихся на лечении в ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница» и ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29» в 2015–2018. гг. Основой для анализа стало выполнение всем пациентам ретроградных эндоскопических вмешательств ЭРПХГ/ЭПСТ. Женщин 486 (75,2 %), мужчин 160 (24,8 %). Средний возраст пациентов составил $61,8 \pm 14,9$ год, среди женщин $61,7 \pm 15,5$ лет, среди мужчин $62,1 \pm 12,8$ лет. Всего выполнено 813 внутриспросветных ретроградных транспапиллярных вмешательств.

Использовали видеодоуденоскопы компаний Fujinon и Karl Storz с диаметром инструментального канала 4,2 мм, катетеры и пипиллотомы компаний Endostars, Boston Scientific, COOK medical и MTW.

Степень тяжести ОПМП оценивалась по клинико-лабораторным признакам, клинической картине, данным УЗИ, КТ, МРТ, на основании международной классификации острого панкреатита (Атланта, 1992) и классификации Cotton et al (1991). Степень тяжести ОПМП оценивали как лёгкую при уровне амилазы выше 3-х норм, диагностированной отечной форме панкреатита без проявления полиорганной недостаточности (ПОН); средняя степень: при амилаземии выше 3-х норм, наличии одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный инфици-

рованный панкреонекроз (абсцесс), и/или транзиторная ПОН не более 48 часов; и тяжелую степень при амилаземии выше 3-х норм и наличии неотграниченного инфицированного панкреонекроза или/и развитием ПОН более 48 часов.

Результаты

ОПМП выявлен в 70(8,6 %) случаях, 62(88,6 %)случая у женщин и 8(11,4 %) мужчин. В 38(54,2 %) случаях развился тяжёлый панкреатит, средней и легкой степени тяжести в 16(22,9 %) случаях.

Проведено 638 эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Из них 539(84,5 %) канюляционных ЭПСТ и 99(15,5 %) атипичных. Канюляционная ЭПСТ осложнилась развитием ОПМП в 48(8,9 %) случаях, атипичная ЭПСТ в 22(22,2 %) случаях.

Выявлено 72 случая воздействия на панкреатический проток (химическое воздействие при проведении вирсунгографии, а также контрастировании панкреатического протока во время интраоперационной холангиографии и механическое, при многократной повторной канюляции), 22(30,6 %)случая из которых осложнились развитием панкреатита. Случаи ОПМП развившегося на фоне воздействия на панкреатический проток в 11(50 %) случаях протекали в тяжелой форме, в 6(27,3 %) случаях был выявлен панкреатит средней степени тяжести и в 5(22,7 %) — легкой степени. 17(24,4 %)случаев от общего количества панкреатитов развились у женщин и 5(62,5 %) у мужчин.

Средняя продолжительность госпитализации пациентов с ОПМП составила $16,3 \pm 10,3$ дня, длительность госпитализации при ОПМП на фоне воздействия на панкреатический проток составила $18,9 \pm 12$ дней, при развитии тяжелого $23 \pm 13,6$ дня, средней степени $13,6 \pm 5,6$ дней, легкой степени $8,6 \pm 4$ дня.

Выводы

1. Общая частота развития ОПМП при операциях на БДС достигает 8,6 % случаев.
2. Частота развития ОПМП после атипичной ЭПСТ является большей и достигает 22,2 % случаев.
3. Частота развития ОПМП после вирсунгографии достигает 30,6 % случаев.

СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ КИСТОЗНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ

Потехина Е. В., к. м. н., врач-эндоскопист¹
Василенко О. Ю., к. м. н., врач-хирург¹
Будзинский С. А., к. м. н., врач-эндоскопист²
¹ФГБУ ОБП УД Президента РФ
²ГБУЗ ГКБ № 31 ДЗМ г. Москва

г. Москва



■ Потехина Е. В.



■ Василенко О. Ю.



■ Будзинский С. А.

Введение

Кистозная дистрофия стенки двенадцатиперстной кишки — это редкое заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление ткани поджелудочной железы, эктопированной в стенку двенадцатиперстной кишки (ДПК), которая выявляется в 25–35 % (Moen J., 1989, Shandalakis L. J., 1998, Егоров В. И., 2010). Несмотря на то, что данная патология является врожденной, чаще всего заболевание выявляется у взрослых. Клинически заболевание проявляется неспецифическими симптомами (болями в эпигастральной области и (или) правом подреберье, потерей веса, тошнотой и рвотой, вызываемыми дуоденальным стенозом). Заболевание трудно верифицируется на этапе диагностики. Традиционный эндоскопический осмотр ДПК и рентгенологическое обследование позволяют выявить только деформацию ДПК с различной степенью стенозирования. Основными же методами диагностики являются компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и эндоскопическая ультрасонография (ЭУС). При этом дифференциальная диагностика проводится с воспалительными заболеваниями, врожденными пороками и опухолевым поражением. Окончательный диагноз подтверждается после морфологического исследования при аутопсиях, оперативных вмешательствах на органах желудочно-кишечного тракта.

Цель

На примере отдельного клинического случая редкого заболевания ДПК, приводящего к стенозированию, оценить информативность различных методов диагностики.

Материалы и методы:

Пациент, 49 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести в эпигастрии после еды, эпизоды тошноты и рво-

ты съеденной пищей, которые впервые отметил в апреле 2018 г. За 4 месяца похудел на 5 кг, что связывает с уменьшением объема пищи. При амбулаторном обследовании в другом учреждении по данным эзофагогастроэнтероскопии (ЭГДС) выявлен субкомпенсированный стеноз ДПК; при УЗИ органов брюшной полости — патологии не выявлено. Направлен в ФГБУ ОБП УД ПРФ для дополнительного обследования и решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике.

Результаты

Пациенту проведено комплексное обследование, включающее в себя лабораторно-инструментальные методы. При ЭГДС: В пищеводе, желудке органических изменений не выявлено. Обращает внимание незначительное увеличение желудка в антральном отделе. При этом перистальтика прослеживается, симметричная, замедленная, проводится во всех отделах. Луковица ДПК овальной формы, широкая, деформирована по задней стенке с переходом на большую кривизну за счет вдавления извне. Слизистая оболочка белесовато-розовая, отечная, застойная, с множественными гиперплазированными лимфоидными фолликулами. Бульбодуоденальный переход деформирован за счет вдавления извне. Просвет сужен, видеогастроскоп (наружный диаметр аппарата — 8,8 мм) провести за деформацию технически сложно. Слизистая оболочка белесовато-розовая, отечная, застойная, с множественными гиперплазированными лимфоидными фолликулами, контактно кровоточива. Выполнена биопсия № 1 (1 фрагмент). Аппарат за счет фиксации в бульбодуоденальном переходе в нисходящий отдел технически не возможно. За сужением четко визуализируются неизменные складки нисходящего отдела. Слизистая оболочка белесовато-розовая, отечная, застойная, с множественными гиперплазиро-

ванными лимфоидными фолликулами. В просвете густая желчь. Заключение: Атрофический гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Замедленная эвакуаторная функция. Недостаточность пилорического отдела. Очаговый бульбит. Стеноз бульбодуоденального перехода. Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки и бульбодуоденального перехода за счет вдавления извне? Дуоденальная дистрофия? Хронический дуоденит.

По данным гистологического исследования выявлен фрагмент слизистой оболочки ДПК с явлениями хронического умеренно активного дуоденита II степени и фокусами лимфангиоэктазии (Рис. 3).

Учитывая невозможность провести полноценную дуоденоскопию из-за стеноза, была выполнена ЭГДС трансназальным ультратонким гастроскопом с забором материала из зоны стеноза. При эндоскопическом исследовании диагноз был сформулирован следующим образом: Атрофический гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Недостаточность пилорического отдела. Очаговый бульбит. Стеноз бульбодуоденального перехода. Дуоденальная дистрофия? Хронический дуоденит. Повторное гистологическое исследование продемонстрировало признаки хронического воспаления слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, атипичных клеток не обнаружено.

Полученный материал был дополнительно консультирован специалистами НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина: опухолевых клеток так же не выявлено.

УЭС технически провести не удалось из-за выраженного стеноза.

Лабораторно при проведении общего анализа крови, биохимического и коагулограммы данных за анемию, лейкоцитоз и другие патологические изменения не получено (гемоглобин 137 г/л, эритроциты 4,35 Е 12/л, гематокрит 37,9 %, лейкоциты 4,4 Е 9/л, лимфоциты 25 %, СОЭ 4 мм/час, тромбоциты 241 Е 9 /л). Общий анализ мочи в пределах нормы. ИФА-онкомаркеры альфа-фетопротеин 6,96 нг/мл, СА 19-9 менее 0,80, раково-эмбриональный антиген 3,82 нг/мл.

При рентгенографии грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Рентгенография пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки: В пищеводе и желудке при настоящем исследовании органических изменений не выявлено. При исследовании в условиях двойного контрастирования на пневморельефе и по контурам желудка дополнительной информации не получено. Луковица ДПК крупная, ориентирована кзади. Эвакуация контрастного вещества из луковицы в петлю ДПК замедлена, наступает лишь через 10 минут малыми порциями. Верхне-горизонтальный отдел петли ДПК укорочен. Выявляется стойкое, неравномерное сужение просвета проксимального отдела ДПК до 3–12 мм на протяжении 40 мм, за счет неравномерного утолщения стенок, преимущественно по задней стенке, с наличием внутрипросветных дефектов заполнения различных размеров. Контур двенадцатиперстной кишки в проксимальном отделе неровные, местами нечеткие. Стенки выглядят ригидными. Рельеф слизистой на указанном уровне изменен, на отдельных участках не прослеживаются, на отдельных участках представлен неравномерно утолщенные складки слизистой с наличием множествен-

ных неправильной формы затеков контрастного вещества, вероятно, в межскладочные пространства. На остальном протяжении просвет и рельеф слизистой ДПК особенности не представляет. Через 1 час от начала исследования в желудке определяется большое количество жидкого содержимого с наличием небольшого количества контрастного вещества. Через 3 часа от начала исследования помарки контрастного вещества отмечаются в луковице ДПК. Заключение: Рентгенологические признаки субкомпенсированного стеноза проксимального отдела петли ДПК за счет инфильтративных изменений вероятно опухолевого (лимфома?) генеза. (Рис. 1) При проведении

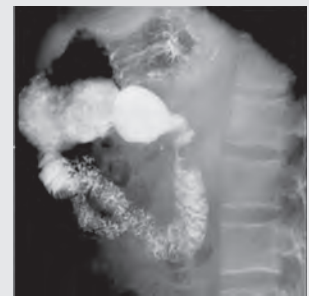


Рис. 1. Рентгенография

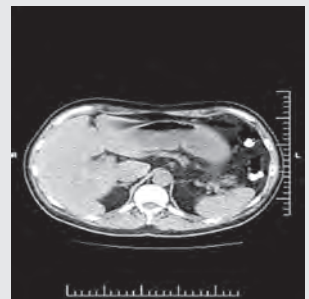


Рис. 2. МСКТ

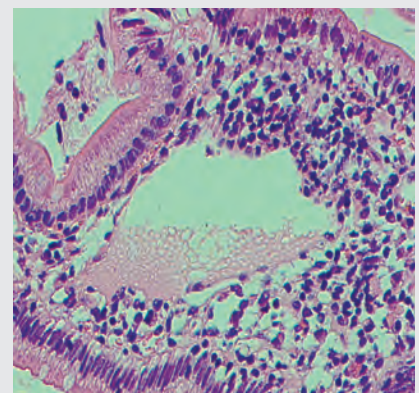


Рис. 3. Фокус лимфангиоэктазии, гематоксилин – эозин, x100



МСКТ органов брюшной полости: Печень обычной формы и размеров, контуры ее четкие ровные. Внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Ворота печени дифференцированы. Отмечается расширение воротной вены до 17 мм, также расширены ее притоки. Желчный пузырь без патологических изменений. Диаметр общего желчного протока в проксимальном отделе до 10 мм, с постепенным сужением к головке поджелудочной железы, далее не прослеживается. Поджелудочная железа дольчатого строения из-за включений жировой плотности, размером головка 31 мм, тело 25 мм, хвост 18 мм. Очагов патологического уплотнения в ее структуре не выявлено. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка, надпочечники, почки без особенностей. Кишечник неравномерно законтрастирован на всем протяжении. Обращает на себя внимание локальное уменьшение диаметра поперечного отдела и частично восходящего отдела ДПК до 7 мм. Зон с патологическим накоплением контрастного вещества не выявлено. Окружающая клетчатка не изменена. Свободной жидкости, увеличенных лимфатических узлов на уровне исследования не выявлено. Костной деструкции, выпота на исследованном уровне не выявлено. Заключение: КТ картина локального сужения ДПК. КТ признаки портальной гипертензии, жировой дистрофии печени и поджелудочной железы. Конкремент левой почки (Рис. 2). При МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: двенадцатиперстная кишка — субтотальное сужение просвета нисходящего отдела на протяжении 38 мм за счет циркулярного утолщения стенки; утолщение обусловлено образованием с аксиальными размерами 37x24 мм, структура солидная, с множественными кистозными включениями в структуре диаметром до 7 мм; вовлечения холедоха и главного панкреатического протока не выявлено, распространения за пределы кишеч-

ной стенки не выявлено. Окружающая клетчатка не изменена. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа, желчный пузырь, селезенка, надпочечники, почки без особенностей. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: МР-картина стеноза нисходящего отдела ДПК, вероятнее всего, за счет циркулярной солидной опухоли.

После проведенного комплексного обследования пациент с улучшением выписан для дальнейшего оперативного лечения в клинике Израиля. Пациенту выполнена лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция. По результатам морфологического исследования послеоперационного материала в мышечном слое стенки ДПК выявлены кистозные изменения. Стенки псевдокист образованы фиброзной тканью с выраженной полиморфно-клеточной инфильтрацией.

Таким образом, диагноз кистозная дистрофия стенки ДПК был подтвержден.

Через 4 месяца после оперативного лечения пациент чувствует себя удовлетворительно, отметил увеличение веса на 2,5 кг. От проведения контрольная ЭГДС пациент отказался.

Заключение

Как видно из представленного клинического случая, кистозная дистрофия ДПК является редким и трудно диагностируемым заболеванием. Комплексный подход, включающий рентгенологические, эндоскопические и лабораторные методы исследования при сопоставлении с клинической картиной, позволяют подтвердить или опровергнуть наличие опухолевого или другого генеза стенозирования двенадцатиперстной кишки. При этом основополагающую роль в верификации занимают эндоскопические исследования и МРТ с контрастированием.

НОВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ КРУПНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Ринчинов В. Б., эндоскопист, хирург, отделение эндоскопии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им Н.А. Семашко»
Плеханов А. Н., д. м. н., проф. медицинского института Бурятского Государственного Университета
Твердохлебов П. О., эндоскопист, отделение эндоскопии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им Н.А. Семашко»

📍 г. Улан-Удэ, Бурятия



■ Ринчинов В. Б.



■ Плеханов А. Н.



■ Твердохлебов П. О.

Актуальность

В настоящее время хирургам известно достаточно большое количество операций по поводу крупного холедохолитиаза, в том числе отмечены перспективы использования эндоскопических технологий. В тот же момент, достаточно слабо исследована сравнительная оценка различных оперативных подходов, что определило выполнение настоящей работы.

Цель — сравнить наиболее известные и часто используемые эндоскопические транспапиллярные вмешательства по поводу крупного холедохолитиаза по качеству проведения литоэкстракции.

Материалы и методы

Работа выполнена по дизайну рандомизированного проспективного исследования. Исследовано 90 пациентов с крупным холедохолитиазом, среди которых мужчин было 26 (29 %), женщин — 64 (71 %), средний возраст составил $52,5 \pm 6,4$ лет.

Распределение пациентов по группам было случайным. Всего было выделено 3 группы: основная, клинического сравнения 1, клинического сравнения 2. Рандомизированные группы оказались сопоставимыми по количеству пациентов, полу и возрасту.

Для объективизации распределения по группам были разработаны критерии включения и исключения. Критерий включения — наличие в желчевыводящих путях хотя бы одного камня шириной ≥ 15 мм. Критерии исключения: обострение сопутствующих заболеваний, отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

В основной группе ($n=30$) пациентам проводилась эндоскопическая парциальная папиллосфинктеротомия в сочетании с баллонной дилатацией. В группе клинического сравнения 1 ($n=30$) пациентам проводилась классическая эндоскопическая папиллосфинктеротомия. В группе клинического сравнения 2 ($n=30$) использовалась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с механической литотрипсией.

При статистической обработке результатов исследования определялись среднее арифметическое (M), стандартная ошибка среднего (m), критерий Пирсона (χ^2). Различия считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Объективным критерием оценки эффективности эндоскопических транспапиллярных вмешательств по поводу холедохолитиаза является оценка технической успешности литоэкстракции. Значительно чаще, а это в 71 % случаев ($n=64$) извлечению камней из желчевыводящих путей практически ничего не препятствовало. Однако, в 29 % ($n=26$) отмечались затруднения при литоэкстракции.

Важным моментом представляло распределение всех случаев литоэкстракции в зависимости от исследуемой клинической группы. Было установлено, что в основной группе, где пациентам проводилась парциальная папиллосфинктеротомия с баллонной дилатацией, технически простое извлечение камней отмечалось достоверно чаще (40 %), что свидетельствует об эффективности данной операции.

Для оптимизации выбора эндоскопической операции по поводу крупного холедохолитиаза было изучено рас-

пределение пациентов в зависимости от технической успешности и ширины камней.

Было установлено, что при использовании обычной папиллосфинктеротомии камни с шириной до 15 мм извлекаются легко, при размерах 15–19 мм их извлечь возможно, но уже затруднительно, а при размерах более 20 мм такая операция сопряжена с технически очень сложной литоэкстракцией и высоким риском осложнений. Применение парциальной папиллосфинктеротомии с баллонной дилатацией позволяет достаточно легко извлекать камни с шириной до 19 мм, поскольку сам по себе баллон раздувается от 15 мм и до 20 мм (в зависимости от используемого), а вот при ширине камней более 20 мм такая методика уже сопровождается трудностями при литоэкстракции. Папиллосфинктеротомия с механической литотрипсией показала себя достаточно хорошо при литоэкстракции камней с шириной 20–24 мм, при размерах камней более 25 мм данная операция сопровождалась

технически сложной литоэкстракцией и риском послеоперационных осложнений.

Выводы

1. При выборе методики эндоскопического лечения по поводу крупного холедохолитиаза целесообразно учитывать максимальную ширину камней, так как от этого зависит успешность выполнения основного этапа оперативного вмешательства — литоэкстракции.

2. Технически успешная литоэкстракция при ширине камней до 15 мм может быть достигнута применением обычной эндоскопической папиллосфинктеротомии. При ширине камней 15–19 мм целесообразно рассмотреть возможность использования эндоскопической парциальной папиллосфинктеротомии с баллонной дилатацией. В случае ширины камней 20–24 мм показана эндоскопическая папиллосфинктеротомия с механической литотрипсией или открытая операция.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСПАПИЛЛЯРНАЯ ХОЛАНГИОСКОПИЯ СИСТЕМОЙ ВИДЕО ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ СПАЙГЛАСС

Савин Д. В., врач-эндоскопист, Топилин Д. К., врач-эндоскопист
хирургическое отделение ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская центральная городская больница» г. Ноябрьск, РФ ЯНАО
Кузьмин-Крутецкий М. И., д. м. н., проф., зав. кафедрой эндоскопии ФГБУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»,
рук. эндоскопическим отделением ГБУ «СПб НИИ институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»
Сафоев М. И., к. м. н., ас. каф. эндоскопии ФГБУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»,
зав. эндоскопическим отделением ГБУ «СПб НИИ институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»

📍 г. Санкт-Петербург



■ Савин Д. В.

■ Топилин Д. К.

■ Кузьмин-Крутецкий М. И.

■ Сафоев М. И.

Актуальность

Транспапиллярная пероральная холангиоскопия была впервые выполнена в 70-е годы прошлого века в Японии системой оптической визуализации дочерним неуправляемым эндоскопом (бесбиоскопом) фирмы «Olympus». В настоящее время системы оптической визуализации ЖВП прочно заняли своё место в клинической практике и до сих пор успешно используются, хотя и имеют все недостатки свойственные таким системам. В 2007 году в клинике штата Колорадо США, были проведены доклинические испытания новой системы видео эндоскопической визуализации ЖВП SpyGlass® (Boston Scientific, США) [1].

В следующем 2008 году данная система стала внедряться в клиническую практику и в течение десяти последующих лет приобрела общемировую известность. Модернизированная в 2015 году система SpyScope DS появилась на Российском рынке в конце 2017 начале 2018 года. Технические усовершенствования, в том числе возможность получения высококачественных изображений, привели к быстрому распространению методики, в рамках которой появились возможности выполнения широкого спектра не только диагностических, но и лечебных процедур. Появилась возможность проводить прицельную биопсию с помощью ультратонких биопсийных щипцов, контактную лазерную или электрогидравлическую литотрипсию, литоэкстракцию «неудобных» желчных конкрементов, под непосредственным визуаль-

ным контролем, удаление проксимально мигрировавших стентов, радиочастотную абляцию доброкачественных стриктур желчевыводящих путей. Стала выполняться SpyGlass-ассоциированная установка в ЖВП саморасширяющихся стентов и их реканализация при прорастании, проведение панкреатикоскопии, и даже совсем экзотическая — холецистоскопия [2].

Материалы и методы

В качестве основной аппаратуры для проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) нами применялась эндоскопическая видеосистема фирмы «PENTAX», где использовался видеодуоденоскоп с диаметром рабочего канала 4,2 мм. В качестве дочернего аппарата использовалась система видео эндоскопической визуализации желчевыводящих путей SpyScope DS SpyGlass® (Boston Scientific, США). Проведение аппарата через канал материнского эндоскопа и заведение его в просвет желчевыводящих путей в данной методике осуществляется по проводнику, предварительно установленному в желчные пути, что значительно облегчает манипуляцию, делая её рутинной для большинства эндоскопистов. Проксимальным концом рабочей части формируется петля и аппарат крепится на ручке материнского эндоскопа при помощи ремешков-креплений. Проводник извлекается из просвета желчевыводящих путей и далее манипуляция осуществляется одним эндоскопистом.



Рис. 1. Введение бибископа SpyScope DS SpyGlass® по проводнику

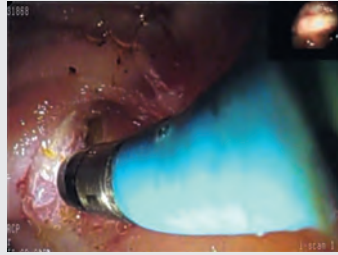


Рис. 2. Прямое введение SpyScope DS SpyGlass® в рассечённое устье БДС

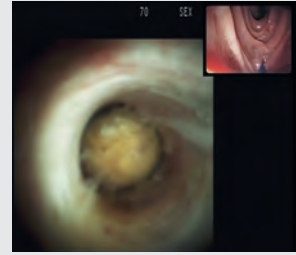


Рис. 3. Крупный конкремент ОЖП

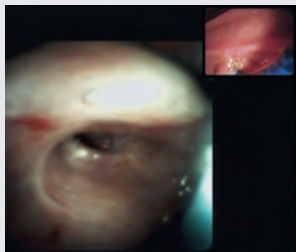


Рис. 4. Стеноз гепатикоюноанастомоза

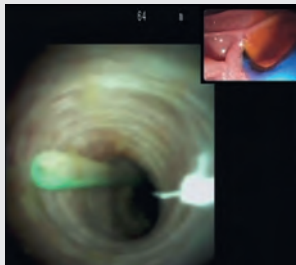


Рис. 5. Мигрировавший стент в просвете ОЖП

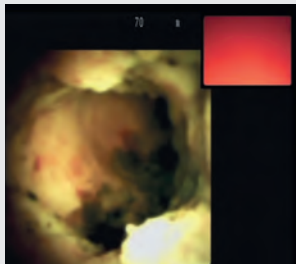


Рис. 6. Стеноз терминального отдела ОЖП

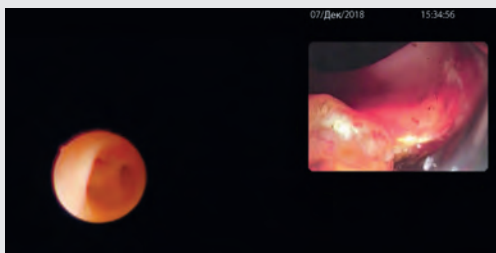


Рис. 7. Визуализация ЖВП оптической системой Pentax FCP9P

Несмотря на то, что SpyGlass® изначально позиционировалась как система для одного оператора, в нашей работе всегда участвовало два врача-эндоскописта, соответственно количеству задействованных эндоскопов, что ни в коем случае не противоречит концепции выполнения транспапиллярной холангиоскопии. Введение холангиоскопа в просвет холедоха, движение его через инструментальный канал дуоденоскопа и внутри просвета желчевыводящих путей, выполнялось оперирующим эндоскопистом. Второй эндоскопист проводил управление визуальным внутрипросветным осмотром желчевыводящих путей с помощью тяг бибископа, а также имел возможность выполнять манипуляции по забору материала для морфологических исследований, механическую литоэкстракцию конкрементов под визуальным контролем, селективную визуальную канюляцию и пр.

Введение бибископа в просвет ЖВП проводили как по проводнику (Рис. 1), так и без него проводя дистальный конец аппарата непосредственно через рассечённое устье БДС (Рис. 2). Фиксация данных осуществлялась как рентгенологически, так и на электронные носители. Время, затраченное непосредственно на проведение транспапиллярной холангиоскопии не отличалось от времени, затраченного в наших исследованиях с применением оптических систем визуализации ЖВП, и варьировалось от 10 до 15 минут на диагностические манипуляции.

При проведении транспапиллярной холангиоскопии системой видео эндоскопической визуализации желчевыводящих путей SpyScope DS SpyGlass® (Boston Scientific, США), нами также отмечено значительное уменьшение времени рентгеновской нагрузки на пациента и операционную бригаду в сравнении с традиционной методикой, поскольку рентгеновская визуализация протоковой системы требовалась только на этапе канюляции большого дуоденального сосочка.

Результаты и их обсуждение

В качестве пилотного исследования на базе кафедры эндоскопии СЗГМУ им. И.И. Мечникова в отделении эндоскопии НИИ Скорой Помощи им. И.И. Джanelидзе в течение марта 2018 года было выполнено 4 диагно-

стические транспапиллярные холангиоскопии системой SpyScope DS SpyGlass® (Boston Scientific, США). Исследования проводились пациентам в возрасте от 54 лет до 75 лет, составляя в среднем. Женщины в группе составили 3 человека, мужчины 1 человек. Все выполненные холангиоскопии были диагностическими, поскольку на момент их проведения у авторов отсутствовал инструментальный необходимый для проведения лечебных манипуляций бебископом SpyScope DS с заданными параметрами длины инструментального канала (240мм). Имеющийся инструментальный для бебископов с оптической визуализацией соответствовал длине инструментального канала 190мм.

Также перед нами стояла сугубо техническая задача получения адекватной видео фиксации на внешние электронные носители всего процесса проведения холангиоскопии, так как система видео эндоскопической визуализации SpyScope DS SpyGlass® не имеет собственных возможностей записи на электронные носители. Все четверо пациентов имели в анамнезе эпизоды механической желтухи и нуждались в визуальной навигации желчевыводящих путей для точной детализации характера имеющихся осложнений. В одном случае нами был визуализирован крупный, «трудный», флотирующий конкремент холедоха диаметром примерно 8–9 мм, который не удавалось извлечь с помощью традиционной рентген ассоциированной визуализации (Рис. 3). Полученная видео эндоскопическая картина подтвердила «сложный» статус конкремента, и в данном случае требовала проведения контактной литотрипсии.

В одном случае у пациентки со стенозом терминального отдела холедоха, микрохоледохолитиазом был диагностирован дистально мигрировавший стент холедоха (Рис. 4), успешно извлечённый после проведения холангиоскопии. Еще одной пациентке после хирургического лечения осложнённой желчнокаменной болезни гепатикоюноанастомоза, была выполнена транспапиллярная холангиоскопия в ходе которой был визуализирован фиброзный стеноз гепатикоюноанастомоза осложнённый микрохоледохолитиазом (Рис. 5).

В одном случае у пациента на фоне фибринозного холангита и холангиолитиаза был выявлен стеноз терминального отдела холедоха. Транспапиллярная холангиоскопия в этом случае была выполнена после проведения баллонной дилатации (Рис. 6). Проведение манипуляции транспапиллярной холангиоскопии систе-

мой видео эндоскопической визуализации SpyScope DS SpyGlass® не вызвало ни одного осложнения во всех случаях исследования.

В заключение хотелось бы обратить внимание на тот факт, что количество проведённых исследований данной системой крайне мало, вследствие того, что система SpyScope DS является одноразовой. В последующий период, в течение 2018 года, транспапиллярные холангиоскопии проводились нами на базе ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская ЦГБ» с помощью систем оптической визуализации (Рис. 7) и их количество, без утраты диагностической ценности, значительно превысило выполненные системой SpyScope DS. Всего за три года, с учётом SpyGlass-ассоциированных исследований, нами выполнено 38 транспапиллярных холангиоскопий, из которых 10 были лечебными.

Выводы

1. Первый опыт применения пероральной транспапиллярной холангиоскопии системой видео эндоскопической визуализации SpyScope DS SpyGlass® позволяет с уверенностью говорить о том, что данный метод является безопасным и высокоинформативным диагностическим методом эндоскопического исследования у пациентов с заболеваниями панкреатобилиарного тракта, благодаря высокому качеству получаемого изображения.

2. Возможность проведения транспапиллярной холангиоскопии одним оператором, хотя и несколько усложняет задачу для оперирующего эндоскописта, однако в случае отсутствия ассистента, позволяет включить в исследование панкреатобилиарной системы один из самых высокоинформативных его этапов.

3. Высокое разрешение получаемого изображения позволяет качественно проводить широкий спектр лечебных манипуляций на протоковой системе панкреатобилиарного тракта.

4. О грустном. Невозможность повторной обработки и использования SpyScope DS SpyGlass® делает методику крайне дорогой (порядка 200 000 рублей на одно исследование). Такая ситуация практически полностью закрывает пути к применению данной системы в большинстве лечебных учреждений бюджетной сферы. Апгрейд и рационализация данного оборудования в сторону фиксированного числа возможных ДВУ обработок, могли бы полностью снять эту проблему и потенциально привести к росту продаж SpyScope DS SpyGlass® в РФ.

Литература

1. Chen Y.K., Preclinical characterization of the Spyglass peroral cholangiopancreatography system for direct access, visualization, and biopsy. // *Gastrointestinal Endoscopy*-2007; Feb;65(2):303–304.
2. Yang K. Chen, Matthew T. Nichols et al. Peroral cholecystoscopy with electrohydraulic lithotripsy for treatment of symptomatic cholelithiasis in end — stage liver disease // *Gastrointestinal endoscopy* — 2008; Vol. 67; No.1.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СТЕНТА ПРИ ЕГО ДИСТАЛЬНОЙ МИГРАЦИИ У ПАЦИЕНТКИ СО СТЕНОЗОМ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Сайфутдинов И. М.¹, Муравьев В. Ю.^{2,3}, Иванов А. И.^{2,3}, Давлиев М. К.¹, Максимов А. П.³, Осипова К. А.¹

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



■ Сайфутдинов И. М.

■ Муравьев В. Ю.

■ Иванов А. И.

■ Давлиев М. К.

■ Максимов А. П.

■ Осипова К. А.

Цель

Представить клинический случай дистальной миграции панкреатического стента у пациентки с тубулярным стенозом большого дуоденального сосочка

Методы

В ГАУЗ МКДЦ МЗ РТ в период с 2009 по 2018 гг. выполнено 82 стентирования главного панкреатического протока (ГПП) пластиковыми стентами диаметром 5 Fr длиной от 2 до 5 см. В период с 2009 по 2011 гг. стентирование ГПП выполнено у 6 больных с клиникой острого панкреатита, в период с 2012 по 2014 гг. — у 29 больных при прогнозируемом высоком риске развития острого постманипуляционного панкреатита (ОПП) по окончании транспапиллярного вмешательства, в период с 2015 по 2018 гг. — у 47 больных, превентивно, при первичной канюляции ГПП до выполнения основных этапов операции.

По результатам исследования стентирование ГПП признано эффективным методом профилактики развития ОПП. Так, например, при сравнении результатов эндоскопического лечения холедохолитиаза в однородных группах больных после превентивного стентирования ГПП транзиторную амилаземию наблюдали в 1.7 раза чаще, а ОПП в 7 раз реже, чем в группе больных, которым стентирование ГПП не проводилось. Однако, несмотря на малую инвазивность стентирование ГПП может сопровождаться серьезными осложнениями (острый панкреатит,

дистальная миграция стента, абсцесс поджелудочной железы) от 6 до 39 %.

Результаты

Мы наблюдали 4 осложнения (4.8 %). Два случая острого панкреатита легкой степени (2.4 %), вследствие окклюзии стента (выполнена санация стента струной –проводником). Два случая дистальной миграции стента в ГПП (2.4 %). Первый случай (2012 г) у больного с вирусно-литиазом при расширенном, до 9 мм, панкреатическом протоке (извлечение с использованием корзины Dormia). Второй случай (2018 г) у больной со стенозом большого дуоденального сосочка, осложненным билиарной гипертензией (холедохоектазией).

В октябре 2018 года пациентка 61 лет направлена в отделение хирургии для проведения транспапиллярного вмешательства по поводу холедохолитиаза, выявленного во время УЗИ органов брюшной полости. На первом этапе, многократные попытки селективной канюляции желчного протока оказались безуспешными, обусловленными тубулярным стенозом большого дуоденального сосочка. Выполнена атипичная ПСТ, канюляция ГПП. С целью профилактики ОПП выполнено стентирование ГПП стентом 5 Fr длиной 50 мм, тип «изогнутый» (в послеоперационном периоде уровень амилазы крови 112 Ед/л). Через 3 суток после первой процедуры, с техническими трудностями и сопротивлением выполнена канюляция желчного протока,

во время которой панкреатический стент мигрировал в ГПП. Контрастирование желчных протоков выявило сужение в терминальном отделе холедоха по типу «писчего пера» с умеренной холедохэктазией, холедохолитиаз подтвержден не был. Выполнены несколько безуспешных попыток захвата панкреатического стента корзиной Dormia, во время которых стент, сместился в тело поджелудочной железы (по данным эносонографии) (см. Рис. 1–2). Диаметр ГПП составил по отделам 2.1–1.8–1.8 мм. Учитывая выраженные фиброзные изменения ампулы БДС с целью профилактики рестеноза и улучшения доступа выполнена ПСТ над стентом. Через месяц (ноябрь 2018 г) пациентка повторно госпитализирована в хирургическое отделение ГАУЗ МКДЦ для удаления стента из ГПП.

Во время дуоденоскопии наблюдали заживление папиллотомического разреза по верхнему краю билиарного стента с формированием конвергирующих складок (Рис. 3). После удаления стента из желчного протока, из-за рубцовых изменений в области БДС, сохранялись ограничения для свободного введения инструментов в ГПП. С целью улучшения доступа последовательно выполнены рестентирование желчного протока стентом более широкого диаметра (8.5 Fr) и ПСТ над стентом.

За период наблюдения с ноября 2018 года по январь 2019 года пациентка отмечает улучшение общего самочувствия, что вероятно связано с разрешением стеноза БДС. В январе 2019 года билиарный стент был удален. Под рентгенологическим контролем предприняты многократные, но безуспешные попытки захвата проксимального конца различными инструментами. С целью профилактики ОПП и улучшения доступа в ГПП выполнена вирсунготомия и установка панкреатического стента 8.5 Fr — 60 мм, дистальный конец которого был локализован на расстоянии 3 см от проксимального конца мигрировавшего стента (Рис. 4) Уровень амилазы крови на следующий день составил 152 Ед/л.

Через день, пациентке выполнено удаление проксимального стента. После введения двух струн-проводников в ГПП диаметром 0.25 и 0.35 дюйм выполнены попытки захвата стента с использованием активной аспирации через подведенный к проксимальному концу стента баллонный экстрактор, корзины Dormia, биопсийных щипцов (Рис. 5–8). Из просвета ГПП биопсийными щипцами извлечена ткань грануляционного характера (Рис. 9)

Захват проксимального, конца стента, после многократных попыток, удалось выполнить с использованием диатермической петли SD-221L-25 (серповидная диаметром 2 мм, с диаметром проволоки 0.3 мм и раскрытием петли до 25 мм (Рис. 10–11)

После извлечения стента выполнено стентирование ГПП стентом 8.5 Fr 60 мм с последующим удалением через сутки (амилаза крови 75 Ед/л).

Вывод

Своевременное удаление панкреатического стента при его дистальной миграции с использованием диатермической петли позволило предотвратить окклюзию стента и главного панкреатического протока с возможным развитием стриктуры ГПП и хронического панкреатита.

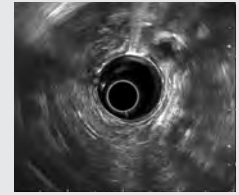
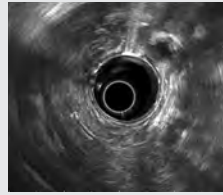


Рис. 1, 2. Эндосонография: локализация стента в теле поджелудочной железы

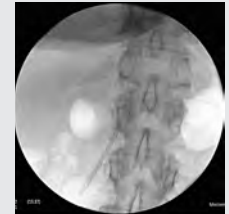
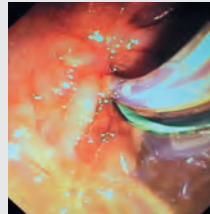


Рис. 3. Рубцовые изменения БДС

Рис. 4. Обзорный снимок брюшной полости. Панкреатические стенты

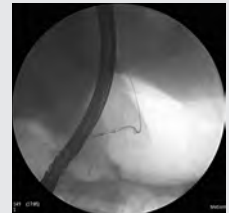
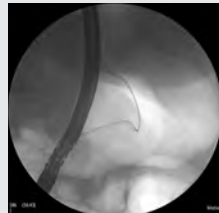


Рис. 5. Проведение двух струн в ГПП

Рис. 6. Вакуум-аспирация струн в ГПП

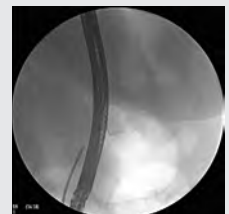
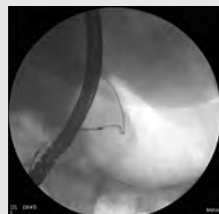


Рис. 7. Подведение корзины Dormia

Рис. 8. Подведение биопсийных щипцов

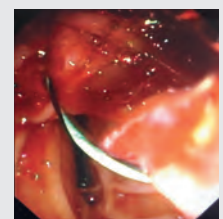


Рис. 9. Грануляционная ткань из ГПП при извлечении щипцов

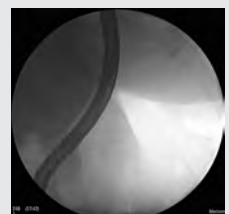


Рис. 10. Захват стента петлей

Рис. 11. Экстракция стента

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОСЛОЖНЕННОГО ПРОТОВОКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Смирнов А. А., к. м. н., рук. 1 эндоскопического отделения ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, врач-эндоскопист
Секербеков Ш. А., врач-эндоскопист, аспирант кафедры госпитальной хирургии № 2
Саадулаева М. М., врач-эндоскопист
Корольков А. Ю., д. м. н., рук. отдела неотложной хирургии НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, врач-хирург

г. Санкт-Петербург

Введение

Хронический панкреатит (ХП) — тяжелое рецидивирующее заболевание, которое негативно отражается на качестве жизни (КЖ) и, в том числе, приводит к угрожающим жизни отсроченным по времени осложнениям.

В настоящее время «золотым стандартом» лечение осложнений ХП таких как: гипертензий протока ПЖ, Кальцифицирующий ХП, Кисты ХП является хирургическое лечение, однако, эндоскопическое лечение может быть эффективной малоинвазивной альтернативой.

Материалы и методы

В период с 2018 по 2019 года в клинике НИИ отделение эндоскопий № 1 ПСПбГМУ им. И. П. Павлова было обследовано 90 пациентов с хроническим панкреатитом.

Для подтверждения диагноза применялись такие методики, как ЭндоУЗИ, МРХПГ с в/в введением секретина. В случаях недостатка данных применялся такой метод диагностики, как ЭРХПГ. Были выявлены такие осложнения хронического панкреатита, как псевдокисты в проекции головки и тело поджелудочной железы, гипертензия в системе главного панкреатического проток, стриктуры протока ПЖ, крупные конкременты и т. д. Эндоскопическое лечение по поводу панкреатической гипертензии было оказано 11 пациентам. Стандартным лечением мы считали ЭПСТ, стентирование ГПП пластиковым стентом,

однако у четырех больных с основной локализацией поражения в области головки поджелудочной железы провести струну в дистальные (расширенные) отделы протока не удавалось, в связи с чем в трех случаях была выполнена канюляция санториниевого протока через МДС, с последующей папиллотомией/стентированием. В одном случае провести проводник в дистальные отделы протоков не удалось и через МДС, поэтому был выполнен доступ в систему ГПП под контролем ЭндоУЗИ трансгастрально при помощи пункции. Затем было выполнено наложение гастро-панкреатикоанастомоза.

Для контроля использовались опросники SF-36 инструментальные методы диагностики — ЭндоУЗИ, МРХПГ.

Результаты

По результатам проведенного обследования выше перечисленные осложнения было выявлены у 12 пациентов: кисты ПЖ-у 5, гипертензий протока ПЖ-у 4, кальцификаты ПЖ –у 3 пациентов, 5 пациентам было выполнено цисто-гастроанастомоз, 2 стентирование через БДС, 2 через МДС, 4 ЭПСТ+Литоэкстракция +дренирование вирсунгового протока.

Следует отметить, что во всех случаях гипертензии в системе ГПП удалось добиться уменьшения интенсивности болей, уменьшения диаметра панкреатических протоков.

ЭНДОНОСОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БИЛИАРНЫХ ОБСТРУКЦИЙ

Смирнов А. А., к. м. н., рук. 1 эндоскопического отделения ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, врач-эндоскопист
Саадулаева М. М., врач-эндоскопист
Корольков А. Ю., д. м. н., рук. отдела неотложной хирургии НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, врач-хирург

📍 г. Санкт-Петербург

Введение

При развитии у пациента синдрома билиарной обструкции основной задачей является выявление характера стриктуры общего желчного протока, что определяет прогноз заболевания и выбор хирургического лечения: радикальное или паллиативное вмешательство, эндоскопический или открытый доступ. В литературе описаны критерии диагностики злокачественных и доброкачественных стенозов желчевыводящих путей. По данным ряда авторов ЭУС имеет свои преимущества перед МРХПГ в диагностики дистальных поражений желчевыводящих путей, к тому же менее инвазивна.

Материалы и методы

В нашей клинике пациентам, поступающим в экстренном порядке с предварительным диагнозом билиарная обструкция, выполняется транскутанное УЗИ органов брюшной полости и МРХПГ. Если по результатам обследования источник билиарной обструкции, несмотря на наличие клинических данных, не выявляется, пациентам выполняется эндосонография гепатобилиарной зоны.

За период с апреля 2017 года по февраль 2019 года в нашей клинике было выполнено 72 диагностических эндосонографий по поводу билиарных обструкций.

Все исследования выполнялись по стандартной методике — осмотр гепатобилиарной зоны из бульбарного отдела и постбульбарного отдела ДПК.

Использовались эндосоноскоп фирмы Pentax с радиальным (EG3670URK) и конвексным (EG3870UTK) типом датчиков, ультразвуковой сканер Hitachi Aloka Noblus.

Результаты

Выполнено 72 эндосонографии, из них 24 мужчин и 48 женщины, возраст 56 ± 4 . У 26 пациентов причиной билиарной обструкции явилась стриктура терминального отдела холедоха, у 7-х — аденома БДС, у 3-го пациента парапапиллярный дивертикул со стриктурой терминального отдела холедоха, терминальный микрохоледохолитиаз — у 8-х пациента, сладж в терминальном отделе холедоха — у 10-ти, сдавление опухолью головки поджелудочной железы — 13-ти, экстрабилиарная компрессия — у 5-х.

Данные эндосонографии у всех пациентов позволили поставить правильный диагноз, что в 9 случаях изменило тактику лечения.

Выводы

1. ЭУС на современном этапе играет важную роль в диагностике обструктивных состояний билиарной системы.
2. ЭУС позволяет определить новообразования гепатопанкреатобилиарной зоны и оценить степень распространенности процесса, а также выбрать верную тактику лечения.
3. Чувствительность метода по данным разных авторов варьирует от 82 до 97 %.
4. ЭУС является более чувствительным и специфичным методом диагностики терминальных билиарных обструкций в сравнении с МРХПГ.
5. В литературе есть данные, что ЭУС заменяет проведение ЭРХПГ.

ЭРХПГ-катетер Dual-Track

для параллельного заведения двух проводников в левый и правый печеночные протоки



Щипцы для пункционной биопсии

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

Корзина Power Catch

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

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



актуальные вопросы
эндоскопии
Санкт-Петербург

ТОЛСТАЯ И ТОНКАЯ КИШКА

10-я Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ



ЭЗИКЛЕН®

— Набор* для очищения кишечника —

Калия сульфат + магния сульфат + натрия сульфат¹

ЭВОЛЮЦИЯ ПОДГОТОВКИ КИШЕЧНИКА



Малообъемный препарат с высоким качеством очистки

- ➔ **1 ЛИТР** раствора осмотического средства¹
- ➔ Удобный прием (мерный стакан в наборе)¹
- ➔ Оптимальный профиль безопасности^{1,2,3}
- ➔ Фруктовый вкус и запах¹



Пер. уо. № ЛП-004957 от 26.07.2018

Источники информации

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Эзиклен, регистрационное удостоверение № ЛП-004957.
2. Di Palma JA et al. A Randomized Clinical Study Evaluating the Safety and Efficacy of a New, Reduced-Volume, Oral Sulfate Colon-Cleansing Preparation for Colonoscopy Am J Gastroenterol. 2009; 104: 2275-84.
3. Douglas K. Rex et al. A randomized clinical study comparing reduced-volume oral sulfate solution with standard 4-liter sulfate-free electrolyte lavage solution as preparation for colonoscopy GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 72, No. 2 : 2010

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Информация о лекарственном средстве предоставляется медицинским работникам в соответствии с пп. 4 ст. 74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для информирования пациентов об аналогичных лекарственных средствах. Имеются противопоказания. Перед использованием следует ознакомиться с инструкцией или обратиться за консультацией к специалисту. ООО «Ипсен»: 109147, г. Москва, ул. Таганская, д. 17-23, этаж 2 ком 10-27, 30-39 4/1-14, тел.: +7 (495) 258-54-00; факс: +7 (495) 258-54-01. www.ipсен.ru. Служба медицинской поддержки по препаратам компании Ипсен (в рамках инструкции по применению): тел.: 8 (800) 700-40-25 (бесплатный номер телефона по всей Российской Федерации); электронная почта: Medical.Information.Russia.CS@ipсен.com. Контакты для информации о нежелательных явлениях/реакции, претензиях на качество продуктов компании: +7 (916) 999-30-28 (круглосуточно), электронная почта: pharmacovigilance.russia@ipсен.com

ЕЗС-РУ-000031-RUS.ЕЗС.10012019

 **IPSEN**
Innovation for patient care

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Архипова О. В., аспирант 2 года; Ликотов А. А., к. м. н., врач-эндоскопист;
Мтвралашвили Д. А., врач-эндоскопист; Веселов В. В., проф., д. м. н., рук. отдела эндоскопической диагностики и хирургии
Отдел эндоскопической диагностики и хирургии, ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А. Н. Рыжих» Минздрава России

г. Москва



■ Архипова О. В.



■ Ликотов А. А.



■ Мтвралашвили Д. А.



■ Веселов В. В.

Пациенты с язвенным колитом (ЯК) имеют повышенный риск развития колоректального рака. Согласно мета-анализу Eaden et al., этот риск составляет 2 % при 8-летнем, 8 % — при 20-летнем и 18 % — при 30-летнем анамнезе[1].

Диспластические изменения эпителия толстой кишки являются основными предикторами в развитии колоректального рака у пациентов с длительным анамнезом ЯК. В современных европейских клинических рекомендациях по ведению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника описывается стратегия по проведению эндоскопической резекции новообразований эпителия толстой кишки с последующим динамическим наблюдением. Но при проведении эндоскопической резекции образований толстой кишки у пациентов с ЯК эндоскописты сталкиваются с трудностями. В первую очередь, выраженный фиброз в подслизистом слое толстой кишки из-за хронического воспаления может препятствовать адекватному лифтингу и эндоскопическому лечению. Такой метод, как эндоскопическая мукозэктомия (EMR), достаточно сложен на фоне неадекватного лифтинга. Несмотря на то, что эндоскопическая подслизистая диссекция (ESD) имеет более высокие риски перфорации и кровотечения по сравнению с EMR, метод диссекции позволяет выполнить резекцию образования единым блоком, что является значимым для полной патоморфологической диагностики, а также снизить риск развития местного рецидива. Несколько исследований показали, что выполнение резекции методом ESD для неоплазий толстой кишки при язвенном колите является методом выбора[3,4].

Цель исследования

На примере одного клинического случая показать возможность выполнения метода диссекции в подслизистом слое у пациента с длительным анамнезом ЯК.

Материалы и методы

Пациентка У., 36 лет, с длительностью анамнеза язвенного колита 8 лет, тотальным поражением толстой кишки и наличием ремиссии воспалительного процесса в течение нескольких лет. Сопутствующие заболевания: аутоиммунный гепатит, первичный склерозирующий холангит, целиакия. Пациентка принимает на постоянной основе препараты: Салофальк 1,5 мг, Азатиоприн 100 мг, Преднизолон 5 мг.

Результаты

Пациентке в плановом порядке выполнена тотальная колоноскопия, а также, учитывая длительность анамнеза, проведена хромоскопия слизистой оболочки толстой кишки раствором Индигокармина. При осмотре слизистой оболочки толстой кишки в проксимальной трети поперечно-ободочной кишки было выявлено стелющееся образование до 2,0 см в Д, с фестончатыми краями, гомогенное, возвышающееся над поверхностью слизистой оболочки на 0,2–0,3 см (LST-NG по парижской классификации). При осмотре в белом свете с увеличением ямочный рисунок данного образования наиболее соответствовал типу III по классификации Kudo (Рис.1). При осмотре в узком спектре света (режим NBI) сосудистый рисунок соответствовал II типу по классификации



Рис. 1. Осмотр в белом свете

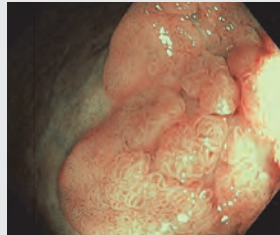


Рис. 2. Осмотр в узком спектре света (режим NBI)

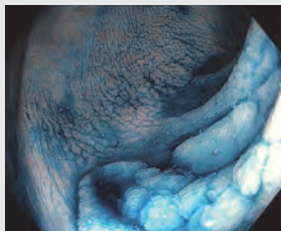


Рис. 3. Окраска 0,4% раствором Индигокармина

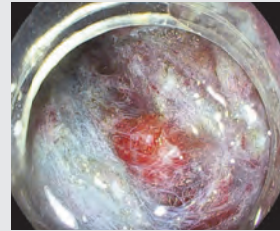


Рис. 4. Выраженный фиброз в подслизистом слое при ESD

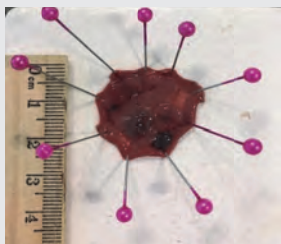


Рис. 5. Макроскопический вид удаленного образования

Sano (Рис. 2). При окраске р-ром Индигокармина четко визуализируются границы образования (Рис. 3), которое было расценено как аденоматозное, возникшее на фоне длительно-текущего язвенного колита.

Для подтверждения диагноза была выполнена прицельная биопсия. При морфологическом исследовании биоптатов было выявлено наличие псевдосинчатых структур с неравномерным распределением крипт, с гиперплазией бокаловидных клеток, очагами панетовских клеток, а так же групп аденоматозных тубулярных структур со слабой дисплазией эпителия. Учитывая у пациентки наличие ремиссии воспалительного процесса, образования с четкими границами и его размеров, было принято решение о проведении эндоскопической резекции методом ESD. На момент операции в подслизистом слое определялось большое количество фиброзных структур (Рис. 4), что удлинит время проведения диссекции. Образование было удалено единым блоком (Рис. 5) и отправлено на морфологическое исследование.

При исследовании макропрепарата было выявлено, что опухоль резецирована на уровне подслизистого слоя, с интактным краем резекции R 0, образование соответствует тубулярной аденоме с латеральным распространением, слабой и местами умеренной дисплазией эпителия.

При контрольной колоноскопии через 3 и 6 месяцев у пациентки на месте ранее выполненной резекции определяется белесоватый рубец, без признаков рецидива.

Выводы

Метод диссекции в подслизистом слое новообразований толстой кишки при ЯК может быть применен как в диагностических, так и в лечебных целях. Тем самым избавив пациентов от более объемных операций. Но учитывая определенные трудности в методике выполнения, эндоскопическая резекция у пациентов с ЯК должна осуществляться только опытными врачами-эндоскопистами и при наличии соответствующего оборудования.

Литература

1. Eaden J.A., Abrams K.R., Mayberry J.F. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gut*. 2001; 48: 526–535.
2. East J.E., Toyonaga T., Suzuki N. Endoscopic management of nonpolypoid colorectal lesions in colonic IBD. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America* 2014; 24: 435–445.
3. Iacopini F., Saito Y., Yamada M. et al. Curative endoscopic submucosal dissection of large nonpolypoid superficial neoplasms in ulcerative colitis (with videos). *Gastrointestinal endoscopy* 2015; 82: 734–738.
4. Kinoshita S., Uraoka T., Nishizawa T. et al. The role of colorectal endoscopic submucosal dissection in patients with ulcerative colitis. *Gastrointestinal endoscopy* 2018; 87: 1079–1084.
5. Suzuki N., Toyonaga T., East J.E. Endoscopic submucosal dissection of colitis-related dysplasia. *Endoscopy* 2017; 49: 1237–1242.

МУЦИНОЗНАЯ АДЕНОКАРЦИНОМА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ВРАСТАНИЕМ В СТЕНКУ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ СВИЩЕВОГО ХОДА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Белова Г. В., зам. гл. врача по амбулаторно-поликлинической помощи
Коваленко Т. В., зав. эндоскопическим отделением
Соловьев Е. А., врач-эндоскопист
Многопрофильный Медицинский Центр Банка России

г. Москва



■ Белова Г. В.



■ Коваленко Т. В.



■ Соловьев Е. А.

Муцинозная аденокарцинома это низкодифференцированная довольно редкая форма колоректального рака. По разным данным встречается в 10–15 % всех онкологических заболеваний толстой кишки. Имеет наиболее неблагоприятный прогноз среди колоректальных раков. На данный момент остаётся малоизученным заболеванием. По последним данным, частота встречаемости муцинозной аденокарциномы в ободочной кишке (12–15 %) выше, чем в прямой (8–9 %). У мужчин встречается чаще, чем у женщин. По разным данным чаще встречается у населения Европы, Северной Америки и Австралии. Не до конца известна этиология данного заболевания.

Муцинозная карцинома имеет большую микросателлитную нестабильность, что наряду с особенностями строения муцин-продуцирующей опухоли, наличием множественных очагов метастазирования обуславливает её резистентность к системной лучевой и химиотерапии. Прогноз заболевания неблагоприятный, однако при своевременном и адекватном лечении, в первую очередь — хирургическом, отмечаются определенные успехи. В связи с этим, на первый план выходит своевременная диагностика заболевания на более ранних стадиях, т.к. при выявлении на распространенной стадии, прогноз значительно хуже по сравнению с пациентами с аденокарциномой. В диагностике и лечении данного заболевания важна своевременная диагностика и объединение усилий разных специалистов.

Цель клинического случая: продемонстрировать редкую патологию толстой кишки и акцентировать внимание на необходимости осмотра терминального отдела подвздошной

кишки во время диагностической колоноскопии, а также мультидисциплинарного подхода в ведении пациента.

Пациентка Г. 61 год. Длительное время периодически беспокоили незначительные боли в правой подвздошной

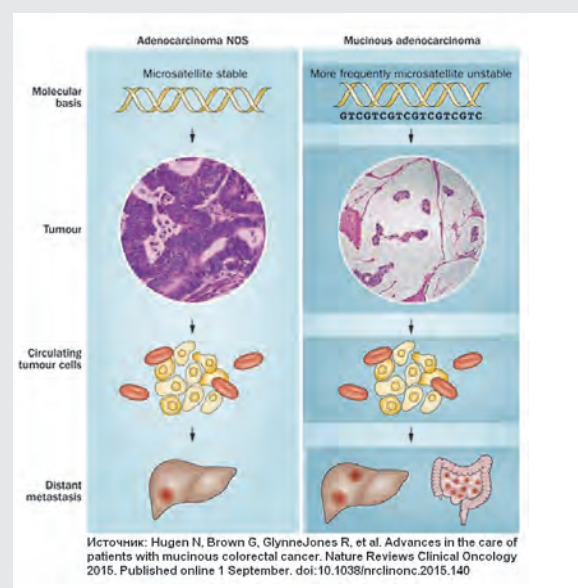


Рис. 1. Отличия аденокарциномы от муцинозной карциномы

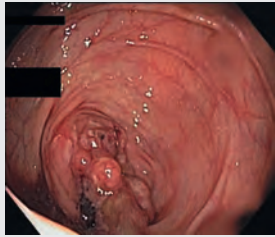


Рис. 2. Муцинозная аденокарцинома толстой кишки



Рис. 3. Муцинозная аденокарцинома толстой кишки



Рис. 4. Муцинозная аденокарцинома толстой кишки

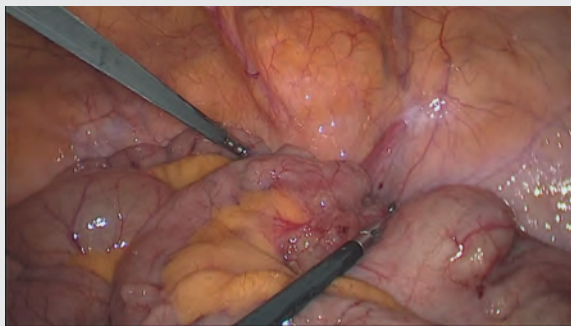


Рис. 5. Муцинозная аденокарцинома толстой кишки

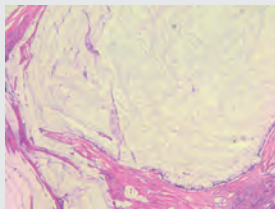


Рис. 6. Муцинозная аденокарцинома толстой кишки

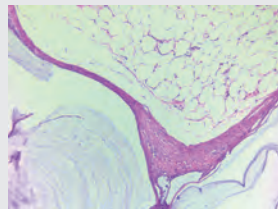


Рис. 7. Муцинозная аденокарцинома толстой кишки

области. При очередном профилактическом осмотре выявлена анемия Hg- 8,6 г/дл. У пациентки отягощенная наследственность: у сестры — рак легкого в 60 лет, у отца — рак желудка в 60 лет, у матери рак толстой кишки в 70 лет. Пациентка обследована:

УЗИ органов брюшной полости: Негомогенное гипзоэхогенное с повышенной васкуляризацией образование в нижних отделах живота — опухоль толстой кишки? Колоноскопия: Опухоль слепой кишки (Рис. 2); опухоль дистальной части подвздошной кишки в 20 см проксимальнее илеоцекального клапана (Рис. 3). По консистенции и характеру опухолей вероятно, что они обе являются фрагментами одной более крупной опухоли.

Гистологическое заключение: в биоптатах морфологическая картина муцинозной карциномы толстой кишки с очагами изъязвления. КТ органов брюшной полости: Признаки больших размеров опухоли с множественными участками некроза в правой подвздошной области — более вероятно исходящей из слепой кишки, с прорастанием в терминальный отдел подвздошной, брыжейку тонкой кишки. Регионарная вторичного характера лимфаденопатия.

Выполнена операция: Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия, резекция подвздошной кишки (Рис. 4, 5):

Гистологическое исследование операционного материала:

- макроскопическое описание: дистальные отделы тонкой кишки, на участке около 45 см двумя подковообразными изгибами высотой до 8,5 см подпаяны к толстой кишке. На серозе, в области спаянного конгломерата — студневидные разрастания серо-бежевой ткани. При вскрытии толстой кишки обнаружено, что в 13 см от дистального края резекции, как таковой слепой кишки и аппендикса не существует, в их проекции определяется полость 9х7х6 см, стенки которой очень плотные, толщиной по 2 см, студневидные. В указанную полость двумя свищевыми ходами, диаметром 3 и 3,5 см, дважды открывается просвет тонкой кишки (вышеописанные подковообразные изгибы последней). Вся внутренняя поверхность описанной полости заполнена студневидными желеобразными массами, исходящими из стенки полости.

- микроскопическое описание: Муцинозная аденокарцинома толстой кишки, с очагами изъязвления, с инвазией всей стенки, выходом на серозу, на поверхности которой определяются озера слизи, в толще которых «плавает» небольшое количество клеток карциномы (с формированием псевдомиксомы брюшины) (Рис. 6, 7). Опухолевый рост врастает брыжейку тонкой и толстой кишки, в которых определяются очаговый опухолевый рост, врастает в фрагменты стенки тонкой кишки на всю толщ, с формированием свищевого хода. Края резекции интактны. В 30 исследованных лимфоузлах — гистиоцитоз синусов, без метастазов.

После проведенного лечения при контрольном обследовании (УЗИ, КТ, колоноскопия) через 1 год признаков рецидива опухоли не выявлено.

Заключение

Представленный случай демонстрирует редкую онкологическую патологию толстой кишки. Успех лечения в первую очередь зависит от своевременной и точной диагностики: полноценной колоноскопии с осмотром подвздошной кишки, квалифицированной морфологической оценки, лучевых методов исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КРУПНЫХ МАЛИГНИЗИРОВАННЫХ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Белова Г. В., зам. гл. врача по амбулаторно-поликлинической помощи
Коваленко Т. В., зав. эндоскопическим отделением
Соловьев Е. А., врач-эндоскопист
Многопрофильный Медицинский Центр Банка России

г. Москва

Колоректальный рак по данным онкологических регистров занимает II–III место среди всей онкопатологии в мире и в России. В настоящий момент основным методом профилактики развития инвазивных карцином является своевременное выявление и удаление аденом в толстой кишке. Основными методами удаления крупных полипов являются: резекция слизистой оболочки кишки вместе с опухолью (EMR — endoscopic mucosal resection) и метод диссекции в подслизистом слое (ESD — endoscopic submucosal dissection) (M. Tajika et al., 2011; N. Kobayashi et al., 2012; K. Nonaka et al., 2008; Агапов М. Ю., Рыжков Е. Ф., 2014). По данным различных исследований каждая из методик имеет свои преимущества и недостатки. Безусловным преимуществом ESD является возможность оценки радикальности удаления опухоли, недостатками метода является его длительность, трудоемкость, необходимость наличия специальных инструментов, а также более высокое число осложнений по сравнению с EMR (A.M. Buchner et al. 2012; Carvalho et al., 2013; E.S. Kim et al., 2011; H. Isomoto et al., 2009). При EMR, когда крупный полип технически невозможно резецировать одним блоком, применяется метод фрагментации (EMPR — endoscopic piecemeal mucosal resection), и как следствие основным недостатком EMPR является невозможность оценки радикальности удаления опухоли, и поэтому более высокая частота рецидивов (N. Kobayashi et al., 2012; C. E. Santos et al., 2011). В настоящее время в мировой практике применяются обе методики. В нашей клинике традиционно на протяжении многих лет использовалась методика EMPR, основные принципы которой были описаны В. П. Стрекаловским в 1986 году.

Цель

Оценить эффективность и безопасность эндоскопического удаления крупных малигнизированных полиповидных образований толстой кишки методом EMPR.

Материалы и методы

С 2010 по 2014 года в нашем лечебном учреждении удалено 238 эпителиальных образований толстой кишки размером от 10 до 60 мм. Наиболее частая локализация: сигмовидная (44 %) и прямая (29 %) кишка. Перед удалением выполнялась визуальная эндоскопическая оценка опухолей по принятым классификациям (Kudo, Sano, NICE, JNET) и биопсия, по результатам которых признаков малигнизации не было выяв-

лено. 126 образований (размеры от 10 до 20 мм) удалены одномоментной петлевой электрорезекцией. Для удаления 112 образований размером более 20 мм применялся метод EMPR — первым этапом выполнялось удаление краевой зоны опухоли вместе с прилежащей к ней неизменной слизистой оболочкой, при этом визуализировался подслизистый слой, после этого последовательно петлевым электродом слизистая оболочка вместе с опухолью иссекалась фрагментами по всей ее площади. Удаленные фрагменты извлекались для гистологического исследования (Рис. 1, 2, 3).

Результаты

Оценивались визуальные эндоскопические, морфологические характеристики образований, техника и радикальность их удаления, осложнения и результаты лечения. Осложнений (кровотечения, перфорации) не было. При морфологическом исследовании удаленного материала из 238 полипов были выявлено 43 гиперпластических образования (26 %) и 195 аденом: тубулярных — 85 (33 %), тубуло-виллезных — 78 (30 %), виллезных — 32 (11 %). В 18 случаях (7.5 % от общего количества удаленных образований) на фоне аденомы были выявлены участки высоко- и умереннодифференцированной аденокарциномы. Размер всех малигнизированных аденом был более 20 мм, поэтому они были удалены методом фрагментации. В 7 случаях (из 18 обнаруженных аденокарцином) после EMPR морфологически было подтверждено удаление опухоли в пределах здоровых тканей, рекомендовано динамическое наблюдение. В 11 случаях (из 18), учитывая удаление по фрагментам (EMPR), морфологическая оценка радикальности была затруднена, в связи с чем консилиумом онкологов и хирургов было решено выполнить хирургическую резекцию кишки. Осложнений как во время операций, так и в послеоперационном периоде не было. При морфологическом исследовании резецированных участков кишки остатков ткани опухоли и метастазов в лимфоузлах не было обнаружено. Таким образом, эндоскопическое удаление опухолей во всех случаях оказалось радикальным. Всем 18 пациентам повторно через 3, 6, 12 месяцев и далее ежегодно выполнялись контрольные колоноскопии. Продолжительность наблюдения составила от 3 до 5 лет. Продолженного роста, рецидива, метастазирования ни в одном случае не было, как после хирургических операций, так и после эндоскопической резекции слизистой оболочки.



Рис. 1. Результаты эндоскопического удаления крупных малигнизированных аденом толстой кишки

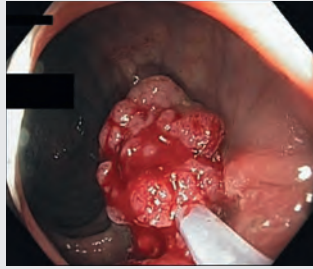


Рис. 2. Результаты эндоскопического удаления крупных малигнизированных аденом толстой кишки



Рис. 3. Результаты эндоскопического удаления крупных малигнизированных аденом толстой кишки

Выводы

Удаление крупных полипов (в том числе малигнизированных, но без признаков глубокой инвазии) методом резекции слизистой оболочки по фрагментам (EPMR)

является эффективным и безопасным при соблюдении техники её выполнения, визуальной оценке полноты резекции и последующем тщательном динамическом наблюдении.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЛОНОСКОПИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Боронов С. Н., директор НДЛУЦ; Хакимов С. К., зам. директора НДЛУЦ по мед. части;
Махмадкаримов Ш., советник директора НДЛУЦ; Саидов А. С., гл. штатный колопроктолог МЗСЗНРТ,
Махмадов Б. Р., зав. отделом эндоскопических исследований НДЛУЦ, Школенко О. Л., врач-эндоскопист НДЛУЦ.

г. Душанбе



■ Боронов С. Н.

■ Хакимов С. К.

■ Махмадкаримов Ш.

■ Саидов А. С.

■ Махмадов Б. Р.

■ Школенко О. Л.

По последним данным Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) раковые заболевания являются одной из основных причин смерти в мире и занимают второе место после сердечно — сосудистых заболеваний. Так, в 2018 г. от этого заболевания умерли 9,6 млн человек. Население часто страдают злокачественными образованиями в легких. Этот вид рака занимает первое место в мире по летальному исходу. В последние годы на первые места выходят другие виды заболевания — рак печени (второе место и 788 тысяч смертей в год) и рак толстой и прямой кишки, которые занимают третье место по количеству смертей в мире. Распространенными видами рака являются рак легких, рак молочной железы и рак толстой и прямой кишки.

Цель исследования

Дать оценку эффективности колоноскопии для профилактики, раннего выявления рака толстого кишечника в городе Душанбе и регионах республиканского подчинения в условиях Национального диагностического, лечебного и учебного Центра (НДЛУЦ) Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Задачи исследования

1. Определить частоту выявления онкопатологии толстого кишечника.
2. Оценить важную роль ректо-сигмо-колоноскопии в выявлении онкопатологии толстого кишечника.
3. Изучить возможности отдела эндоскопических исследований для большего охвата пациентов с целью раннего выявления рака толстого кишечника.

Материалы и методы

С использованием современной медицинской аппаратуры — компьютерной томографии, магнитно-резонан-

сной томографии, цифрового рентгена, эндоскопии, эндосонографии, доплерографии и др. диагностика раковых заболеваний стала намного легкой. И сегодня большинство медицинских учреждений, даже в первых звеньях, обеспечены этими приборами.

В отделении эндоскопических исследований Национального диагностического, лечебного и учебного Центра (НДЛУЦ) с целью выявления онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта и бронхолегочной системы проводятся соответствующие эндоскопические исследования. После выявления и больные с подозрениями на онкологию направлялись в основном в Научный центр онкологии г. Душанбе, также в лечебные учреждения по месту жительства. Нами произведен анализ выявляемой онкопатологии толстого кишечника в условиях эндоскопического отделения НДЛУЦ за период с 2012 по 2016 гг. Исследования проводились видеокколоноскоп LK-42 фирмы Пентакс (Япония), после чего больным на руки выдавались заключения и видеозапись исследования на диске.

Всего по отделу было принято 14935 больных, ректо-сигмо-колоноскопии (РСК) было выполнено 1445 (9,7 %) больным. Было выявлено 133 (0,9 % от общего числа принятых по отделу больных и 9,2 % от проведенных РСК) больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями. Среди выявленных больных мужчин было 81 (60,9 %) и женщин 52 (39,1 %), т.е. в соотношении 1,6:1. Возраст больных варьировал от 6 до 81 лет. Больные были разделены на 2 группы: с выявленными доброкачественными 62 (0,4 % от общего числа и 4,3 % от проведенных РСК) случая и злокачественными новообразованиями 71 (0,5 % от общего числа и 4,9 % от РСК) случаев. Больше всего в первой группе были выявлены полипы.

Следует отметить, что по данным анализа злокачественные новообразования чаще всего локализуются в прямой кишке 52 случая (3,6 % от общего числа РСК), далее сигмовидная кишка 11 (0,8 %), нисходящий и восходящий отделы по 3 (0,2 %), и поперечно-ободочная кишка 2 (0,1 %). Доброкачественные образования также в большинстве случаев локализовались в прямой кишке 44 (3,0 %), сигмовидной кишке 8 (0,6 %), восходящей ободочной кишке 5 (0,3 %), нисходящей 3 (0,2 %) и поперечно-ободочной кишке в 2 (0,1 %) случаях. В основном эти больные были направлены в городскую клиническую больницу № 5 г. Душанбе, с целью удаления полипов. Всем больным были произведены биопсии, только в 2-х случаях производились повторные биопсии, так как результаты были сомнительными.

В хирургическом отделении ГКБ № 5 были произведены полипэктомии 41 больным, остальные 21 больных по разным причинам отказались от полипэктомии. В основном были единичные полипы 27, 2 и более полипов 12 и диффузный полипоз у 2-х больных. Все процедуры производились с анестезией и не имели серьезных осложнений.

В основном выявленные больные с злокачественными новообразованиями имели 2–4 стадии развития онкопроцесса, в большинстве случаев без каких-либо симптомов. Из выявленных 71 больных 54 были направлены в Научный центр онкологии г. Душанбе и из их числа 44 больным были произведены радикальные и паллиативные операции. В остальном больные или их родственники отказывались от любых вмешательств.

Выводы

Исходя из данных нашего анализа мы видим тенденцию увеличения роста рака толстого кишечника среди населения города Душанбе и окружающих районов. Если учесть тот факт, что данные основываются на степени обращаемости больных за медицинской помощью, наши данные

и данные других авторов не дают полного представления об истинной частоте этого заболевания, что связано, во-первых, от социально-экономического положения населения, во-вторых об информировании населения.

Заболевание чаще встречается у мужчин. Если доброкачественные новообразования варьируются от 6 до 81 года, то злокачественные чаще всего диагностируются у мужчин в возрасте от 45 до 80 лет, в большинстве случаев поражает прямую кишку.

Таким образом, проведенный анализ ещё раз доказывает, что отсутствие значимых симптомов на ранних стадиях заболевания — это основная проблема рака кишечника, и чтобы выявить заболевания на ранней стадии, нужно начать диагностику при отсутствии каких-либо симптомов.

Колоноскопия позволяет выявить новообразования в кишечнике с вероятностью более 95 %, и поэтому на сегодняшний день она считается «Золотым стандартом» диагностики, также благодаря высоким показателям точности и эффективности именно колоноскопия сегодня часто является предпочтительным методом исследования для обнаружения рака кишечника. Рациональное использование современного эндоскопического оборудования, в частности колоноскопия, для диагностики НЯК на всех этапах развития способствует быстрейшему выявлению и лечению заболевания, предотвращает осложнения и этим способствовать оздоровлению населения. Мы тоже поддерживаем мнение многих ученых, что смертность от онкологических заболеваний можно снизить, если выявлять и лечить их на ранних стадиях, когда высока вероятность положительных результатов при эффективном лечении, повышается вероятность дожития, снижается заболеваемость и стоимость лечения. Раннее выявление рака и отсутствие задержек в оказании помощи могут позволить добиться значительных улучшений в жизни больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДИССЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ ОПУХОЛЕЙ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШОК

Буторин Н. Н., к. м. н., зав. отделением эндоскопии
Блохин А. А., врач-эндоскопист
Ельцов О. Т., врач-эндоскопист
ГБУЗ Республики Хакасия « Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской»

г. Абакан



■ Буторин Н. Н.



■ Блохин А. А.



■ Ельцов О. Т.

В Хакасской Республиканской больнице имени Г.Я. Ремишевской эндоскопическая полипэктомия (диатермическая электроэксцизия полипов, как с использованием дистального колпачка так и без использования) применяется с 1985 года. Однако при наличии стелющихся ворсинчатых полипах был высокий риск неудач, рецидивов, что приводило к необходимости полостных операций. В 2017 году проведён мастер — класс операций «диссекция в подслизистом слое ворсинчатой опухоли(ЕСД)» заведующим онкологическим отделением НМИЦ онкологии имени Н.Н Петрова О.Б. Ткаченко с участием врачей клиники, и с последующим обучением врачей нашей клиники в симуляционном центре Эндо Старс. После этого, начиная с 2017 года, в нашей клинике началось проведение операций «диссекция в подслизистом слое» при латерально стелющихся опухолях, ворсинчатых полипах, в том числе при «раннем» колоректальном раке. К началу освоения ЕСД мы уже знали значительную статистику осложнений ЕСД в мире, поэтому сразу попытались максимально применить превентивные меры для их предупреждения, в том числе для такого важного осложнения, как послеоперационное кровотечение. Это актуально, так как ввиду укрупненного дефекта слизистой, создаваемой ЕСД, риск кровотечения во время и после процедуры очень высокий. Для лечения кровотечений, связанных с ЕСД применялись различные методы: диатермокоагуляция сосудов, распыление гемостатического порошка, наложение металлических клипс. Недавно была разработана полисахаридная гемостатическая система EndoClot (США). Гемостаз при помощи препарата EndoClot™ является очень многообеща-

ющим методом лечения и профилактики кровотечений. Порошок состоит из одиночных частиц модифицированных полисахаридов, полученных из растений без животных компонентов. Для воздействия препарата необходим контакт с кровью. Частицы AMP® (модифицированные легко всасываемые полимеры), разработанные производителем, выводят воду из крови, образуя гель. Это создает вязкий сгусток крови на источнике кровотечения. Применение препарата EndoClot™ разрешено с 2011 г. В Европе данный препарат доступен в продаже с 2012 г. На базе нашего отделения EndoClot™ применяется с 2013 года.

Цель исследования

Изучить эффективность применения препарата EndoClot™ у больных с латерально — стелющимися опухолями, стелющимися ворсинчатыми полипами, ранним колоректальным раком после проведения диссекции в подслизистом слое

Материал и методы

В период с июня 2017 по декабрь 2018 года в эндоскопическом отделении ГБУЗ РХ «РКБ имени Г.Я. Ремишевской» проведено 17 операций «диссекция в подслизистом слое». Показанием к операции являлось наличием стелющегося ворсинчатого полипа, в том числе латерально стелющейся опухоли(LST), раннего рака прямой, ободочной кишки (при наличии положительного «лифтинг» симптома), невозможность удаления единым блоком образования при петлевой электроэксцизии. Больные находились в хирургическом отделении Диссекция проводилась в операци-



Рис. 1. Крупная ректальная аденома с наличием дисплазии высокой степени



Рис. 2. При окончании диссекции струйное кровотечение, остановлено диатермокоагуляцией, клипированием

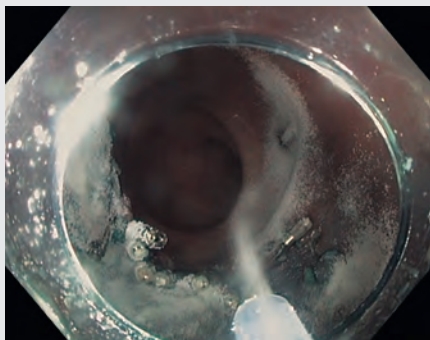


Рис. 3. После клипирования применена система EndoClot, достигнут стойкий гемостаз

онной, под эндотрахеальным наркозом, с использованием видеокколоноскопа Olympus CF 180 L (Olympus EXERA II), электрохирургического блока ERBE 200,, водяной помпы ERBE, при применении CO₂-инсуффлятора. При диссекции применялись элетроножи Finemedix Q, I, L-типе. Для проведения элевации в основание опухоли вводился раствор гиалуроновой кислоты с добавлением индигокармина. Для гемостаза применялись клипсы с многоразовым закрытием ЭндоСтарс, щипцы для горячей биопсии ЭндоСтарс, полисахаридная гемостатическая система EndoClot. Гистологический материал во всех случаях был отправлен единым блоком на гистологическое исследование.

Результаты

Операция диссекция в подслизистом слое опухолей толстой — прямой кишки проведены 17 пациентам, из них 10 женщинам (возраст от 48 до 70 лет) и 7 мужчинам (возраст от 47 лет до 78 лет). Локализация полипов: у 10 пациентов — прямая кишка, у 5 пациентов — сигмовидная кишка, у 2 пациентов — восходящий отдел ободочной кишки. Гистологическое исследование операционного материала — 2 пациента — аденокарцинома G1, 15 пациентов — ворсинчатый полип, в том числе с дисплазией тяжёлой степени у 5 пациентов, дисплазией лёгкой степени у 8 пациентов. Размеры опухоли до 3 см — у 5 пациентов, до 5 см — у 9 пациентов, свыше 5 см у 3 пациентов. Во время операции у 13 пациентов кровотечение (в 3 случаях — струйное, в 10 — петехиальное), остановлено методом диатермокоагуляции с использованием щипцов для горячей биопсии в режимах SOFT, SWIFT) Клипирование проведено 9 пациентам (применено от 3 до 10 клипс) Всем пациентам на дефект с использованием компрессора нанесён гемостатический порошок EndoClot 2–4 г. Во всех случаях кровотечение остановлено. Рецидивов не было. Пациенты находились в стационаре от 5 до 10 суток. После стабилизации пациенты выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Полисахаридная гемостатическая система, обладающая преимуществом простого применения, позволяет эффективно добиться гемостаза и предотвращения кровотечения, связанного с диссекцией в подслизистом слое опухолей толстой, ободочной кишок. При этом максимального эффекта можно добиться, применяя гемостатическую систему в комплексе всего спектра эндоскопического гемостаза при наличии эндоскопического оборудования для проведения подобных операций.

РОЛЬ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Гладышев Д. В., д. м. н., зам. гл. врача по хирургии; Коваленко С. А., зав. онкологическим отделением; Лантухов Д. В., врач-гастроэнтеролог; Эфендиев А. О., врач-эндоскопист; Рыженкова И. С., врач-эндоскопист; Болдырева Е. В., врач-эндоскопист; Трусов И. А. врач-эндоскопист; Андреева Е. И. врач-эндоскопист; Эфендиева М. А. врач-эндоскопист СПб ГБУЗ «ГБ № 40»

г. Санкт-Петербург

Капсульная эндоскопия — современный метод неинвазивного, диагностического исследования желудочно-кишечного тракта, направленный в первую очередь на выявление патологии тонкой кишки.

Эндоскопическая капсула (CapsoCam, производитель CapsoVision Inc, USA) предназначена для визуализации пищеварительного тракта.

Интересен клинический случай из СПб ГБУЗ «Городская больница № 40».

14.09.2017 г. в стационар СПб ГБУЗ «Городская больница № 40» госпитализирована пациентка с жалобами на появление черного стула и слабость.

Из анамнеза известно, что в ноябре 2016 г. проходила стационарное лечение в одной из городских больниц Санкт-Петербурга по поводу железодефицитной анемии (снижение гемоглобина до 62 г/л). При повторных гастроудоденоскопии и колоноскопии источников кровотечения не выявлено. Проведен курс лечения препаратами железа внутривенно (феринжент) с переходом на пероральные препараты с нестойким положительным эффектом.

При обследовании

Лабораторные анализы: гемоглобин-73–79 г/л, гипохромия, снижение концентрации сывороточного железа и ферритина.

В анализе кала на скрытую кровь (метод FOB Gold) — 771 нг/мл.

Инструментальные методы исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия от 18.09.17 г.: Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита. Эритематозная гастропатия. Лимфангиоэктазии двенадцатиперстной кишки.

Колоноскопия от 18.09.17 г.: Полип нисходящего отдела ободочной кишки, полипэктомия.

Гистологическое заключение: Гиперпластический полип толстой кишки.

Так как вероятных источников кровотечения в верхних и нижних отделах желудочно-кишечного тракта не было установлено, было принято решение об исследовании тонкой кишки.

Для исследования тонкой кишки мы применяли эндоскопическую капсулу CapsoCam (производитель CapsoVision Inc, USA).

По результатам капсульной эндоскопии от 20.09.2017 г.: в начальных отделах тонкой кишки множественные лимфэктазии (Рис. 1). В начальном отделе тощей кишки полипо-



Гладышев Д. В.

видное образование округлой формы, на псевдоножке (Рис. 2, 3). Поверхность покрыта кровоизлияниями, фибрином. Приблизительный размер образования 0,6–0,8 см. В терминальном отделе тощей кишки единичная ангиоэктазия.

Было рекомендовано выполнение энтероскопии для верификации диагноза, компьютерная томография (КТ) живота с контрастным усилением, анализ крови на нейронспецифическую энolahу (NSE), хромогранин А.



Рис. 1. Лимфэктазии тощей кишки

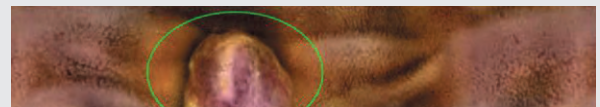


Рис. 2. Полип тощей кишки



Рис. 3. Полип тощей кишки

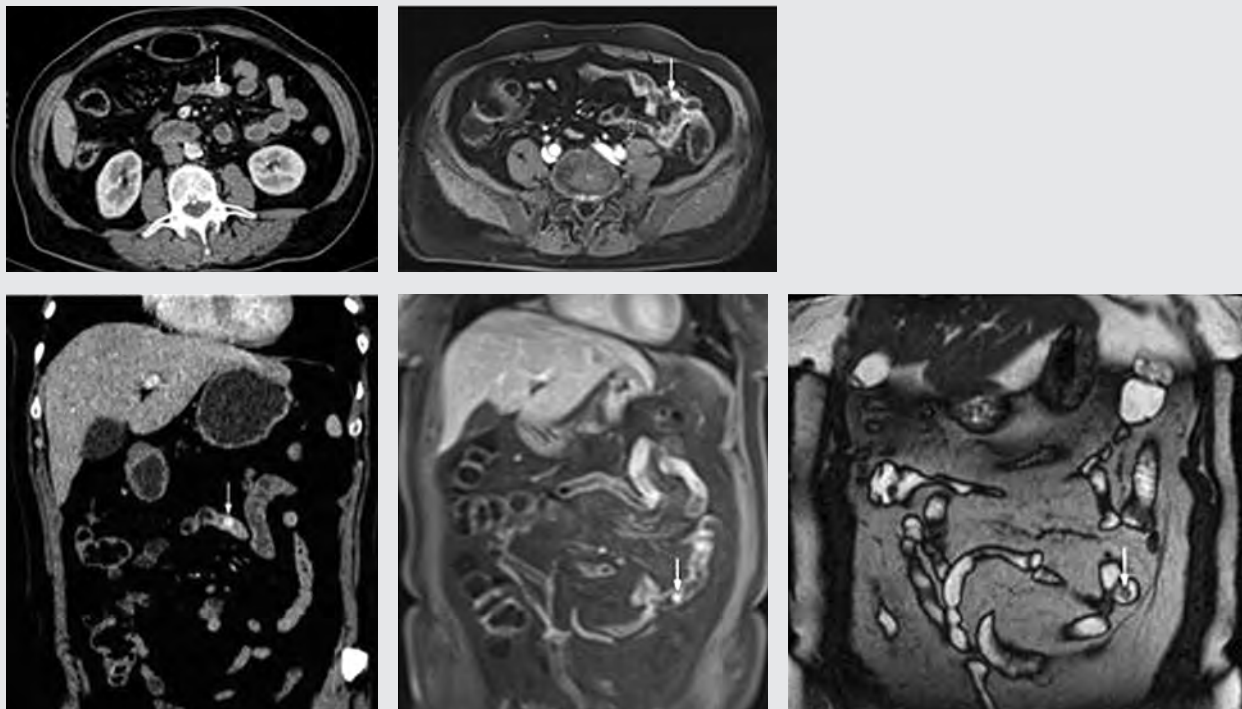


Рис. 4. Гиперваскулярное образование

По результатам

NSE- 11,3 нг/мл, хромогранин А- 47,67мкг/г — в пределах нормы.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) живота с контрастным усилением от 09.10.2017 г.: КТ-признаки кист печени, дивертикула двенадцатиперстной кишки, объемного образования тощей кишки, гиперваскулярной структуры до 0,8 см, умеренной забрюшинной лимфаденопатии (Рис. 4).

Энтероскопия (трансоральная) от 30.09.2017 г.: В тощей кишке на расстоянии около 2,0–2,5 м от связки Трейца определяется глубокий дивертикул 1,0 см Д с широким устьем без изменения слизистой. Полиповидное образование тонкой кишки, определяемое на изображениях полученных при проведении ранее капсульной эндоскопии не определяется.

В связи с клиникой рецидивов кровотечения, наличием образования при капсульной эндоскопии и на серии снимков МСКТ живота, и не смотря на отсутствие подтвер-

ждения данными энтероскопии об образовании, была выполнена лапароскопически-ассистированная резекция тонкой кишки 02.11.2017 г.

Гистологическое исследование послеоперационного материала (резецированный участок тощей кишки с дивертикулом и новообразованием (полип?)):

Капиллярная гемангиома с травматизацией и воспалением. Слизистая дивертикула представлена тонкокишечным типом, в стенке без воспалительных изменений.

Описанный клинический случай подтверждает положение о сложности диагностики образований тонкой кишки и взаимном дополнении перечисленных методов: видеокапсульное исследование, эндоскопическая энтероскопия, рентген-контрастные методы исследования, ни один из которых не является исчерпывающим в арсенале диагностических средств.

Каждый из указанных методов имеет положительные стороны и индивидуален, но и имеет так называемые «технические» недостатки.

ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА КАЧЕСТВО КОЛОНОСКОПИИ

Завьялов Д. В.
ГБУЗ «Ярославская областная клиническая онкологическая больница»

г. Ярославль

Адекватная подготовка толстой кишки является одним из наиболее важных факторов в обеспечении качественной колоноскопии, поскольку было показано, что она влияет на частоту интубации слепой кишки, продолжительность исследования и частоту выявления аденом. Большая часть исследований в этой области была сосредоточена на том, какие слабительные препараты и в каком режиме назначали эндоскописты для очищения кишечника. В соответствии с рекомендациями Российского эндоскопического общества (третье издание 2017 г.) стандартом подготовки к колоноскопии является полиэтиленгликоль (Фортранс) 4 литра в раздельном режиме приема по схеме: принять 2 литра раствора осмотического средства вечером, накануне процедуры и 2 литра раствора утром, в день процедуры. Однако в недавнем российском исследовании были определены факторы, влияющие на качество подготовки к колоноскопии (Завьялов Д.В. с соавт. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;153(5): 93–97). Пол и образование пациента, уровень образования, наличие в анамнезе операций на органах брюшной полости, наличие сахарного диабета, специальность врача, какой направил пациента на колоноскопию, время между окончанием приема полиэтиленгликоля и началом проведения колоноскопии, несоблюдение пациентом питьевого режима и диетических рекомендаций, наличие запоров. При этом роль медицинской сестры очень важна, как для учета этих характеристик, так и с точки зрения перспективы возможности влияния на модифицируемые факторы.

В ряде азиатских и европейских клиник были проведены тренинги для медицинских сестер по структурированию пациентов перед колоноскопией. Это позволило улучшить качество подготовки, как у амбулаторных, так и у стационарных пациентов. В нескольких исследованиях были предложены образовательные мероприятия для повышения понимания и соблюдения пациентами инструкций по подготовке и лучшего качества подготовки кишечника. Однако эти исследования были сфокусированы на амбулаторных больных, а не на стационарных. Стационарный статус является независимым предиктором некачественной подготовки кишечника. Было предложено несколько гипотез о причинах некачественной подготовки в этой группе. Госпитализация из-за острой патологии или обострения хронических заболеваний часто приводит к плохой приверженности больных инструкциям по подготовке. Особенности стационарных пациентов, включая возраст, снижение уровня физической

активности и ряд сопутствующих заболеваний тесно связаны со снижением двигательной активности кишечника, которая препятствует качественной подготовке. Кроме того, бытовые условия, включая отсутствие индивидуальных санузлов во многих стационарах может привести к некачественной очистке кишечника у некоторых пациентов.

Несомненно то, что назначения, включая препараты для очищения кишечника, проводит врач. Однако часть пациентов неправильно понимают рекомендации по подготовке и в результате им очень сложно успешно завершить подготовку кишечника, что может привести к постановке неверного диагноза или отмене процедуры. Поэтому в период подготовки к колоноскопии важно взаимодействие пациента с медицинской сестрой в отношении правильного приема предписанных слабительных средств, диетических инструкций и соблюдения питьевого режима. Учитывая, что медсестра обеспечивает первичную медико-санитарную помощь для каждого госпитализированного пациента, ее роль может иметь решающее значение для подготовки кишечника стационарных пациентов. Тем не менее, ни одно исследование не оценивало роль медсестры при подготовке к колоноскопии больных в стационаре.

В отделении эндоскопии ярославской областной клинической онкологической больницы накоплен многолетний опыт подготовки толстой кишки методом кишечного лаважа с использованием препарата Фортранс (Кашин С. В., Завьялов Д. В. с соавт. Клиническая эндоскопия. 2016. № 1 (47). С. 3–18). Фортранс (макрогол 4000 или ПЭГ) представляет собой линейный полимер, который посредством водородных связей удерживает молекулы воды и за счет этого увеличивает осмотическое давление и объем кишечного содержимого. Фортранс не абсорбируется из ЖКТ и не подвергается метаболизму. Это обуславливает его безопасность при назначении пациентам с заболеваниями почек, печени и сердечно-сосудистой системы.

Обучение медицинских сестер эндоскопических отделений и кабинетов, а также стационарных подразделений, которые направляют и готовят пациентов к колоноскопии, может быть полезной стратегией повышения качества подготовки кишечника среди стационарных пациентов. Пациенты, получившие рекомендации от медсестер, которые прошли обучение по правильному инструктажу, продемонстрировали более высокий процент соблюдения инструкций и более лучшее качество подготовки кишечника.

Несколько исследований подтверждают преимущества предварительной подробной информированности пациентов о сути колоноскопии и снижении тревоги среди пациентов. Поскольку колоноскопия является процедурой, провоцирующей тревогу, которая связана с боязнью боли и возможных осложнений, информированные пациенты проявляют сниженную тревогу и лучшую переносимость процедуры. Количество пациентов с высоким уровнем тревоги значительно ниже в группе, где больных курировала обученная медицинская сестра по сравнению с контрольной группой.

Однако, не смотря на высокую эффективность и оптимальный профиль безопасности Фортранса, в клинической практике существует группа пациентов, которые по каким-либо причинам не могут принять большой объем жидкости или есть же есть сомнения, что пациент примет весь объем препарата. В этой группе пациентов возможно использовать новый препарат на нашем фармацевтическом рынке — Эзиклен. Эзиклен представляет собой осмотическое слабительное средство, основой которого является сбалансированная комбинация сульфата натрия, калия и магния. Уникальность препарат заключается в том, что для подготовки к колоноскопии пациенту требуется принять всего один литр раствора препарата и два литра дополнительной прозрачной жидкости. При использовании сплит режима, который является приоритетным, один литр Эзиклена разделяется на два приема, т.е. по 500 мл раствора действующего препарата на при-

ем. При этом объем Эзиклена не коррелирует с весом пациента. Интересным практическим преимуществом Эзиклена является, то что упаковка Эзиклена представляет собой набор, в который, помимо концентрата препарата, входит мерный стакан, с отметкой, равной объему 0,5 литра. Это позволяет пациенту не решать бытовые вопросы по поиску емкости для подготовки раствора осмотического средства и приема препарата. Этот стакан также удобно использовать для допивания необходимого объема разрешенной прозрачной жидкости, согласно инструкции по применению препарата Эзиклен.

В заключение следует отметить, что дополнительное образование медицинских сестер по подготовке к колоноскопии является эффективным инструментом, поскольку ведет к лучшему качеству подготовки кишечника и улучшает субъективные чувства пациентов в условиях стационара. Для улучшения качества подготовки кишечника среди стационарных пациентов необходимы дополнительное информирование не только по режиму приема Фортранса (двухэтапная схема), но и по соблюдению диетических рекомендаций и питьевого режима. Возможной альтернативой Фортрансу может служить новый малообъемный препарат Эзиклен. В большом количестве зарубежных публикаций и в российском регистрационном исследовании указывается на высокую эффективность очищения кишечника и оптимальный профиль безопасности Эзиклена к клинической практике.

ХОЛОДНОЕ ПЕТЛЕВОЕ УДАЛЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПОТОКОВОЙ КОЛОНОСКОПИИ

Иванова Е. В., д. м. н., зав. отделения эндоскопии МЦ Петровские Ворота, гл. н. с. НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии
Фёдоров Е. Д., проф., д. м. н., гл. н. с. НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии
РНИМУ им. Н. И. Пирогова

г. Москва

Колоректальный рак является второй ведущей причиной смерти от рака в мире [1–3]. Во многих странах колоноскопия признается первичным тестом в скрининге колоректального рака, а полипэктомия доброкачественных образований толстой кишки является эффективным методом лечения, снижающим риск развития рака толстой кишки [1–3]. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки (ЭРСО) толстой кишки через колоноскоп — эффективная методика профилактики колоректального рака [4, 5]. В целом, ЭРСО считается достаточно безопасной методикой, но, тем не менее, изредка сопровождается развитием кровотечений и перфораций [6, 7]. Миниатюрные (крошечные) (diminutive) образования размером 1–5 мм, представляют собой большинство колоректальных эпителиальных поражений. «Полипы» размером до 10 мм составляют 90 % эпителиальных образований встречающихся при колоноскопии, из которых 10 % имеют размер 6–9 мм (мелкие (small)), а остальные 90 % — размер миниатюрных образований [8]. Таким образом, это означает, что примерно 80 % всех эпителиальных образований, выявляемых в ходе колоноскопии, входят в диапазон миниатюрных. Миниатюрные и мелкие образования, как правило, имеют крайне невысокий риск малигнизации (0,6 %) [9].

Холодное петлевое удаление образований на сегодняшний день является основной методикой резекции образований размером менее 10 мм в странах Запада [8, 10], однако не столь распространено на территории России. Удаление образований холодной петлей имеет преимущества в выполнении полноценной полипэктомии в сочетании с очень низкой частотой нежелательных явлений. Для удаления образований холодной петлей требуется меньше времени и практически исключаются проблемы, связанные с повреждением тканей электрокоагуляцией, а также развитием постполипэктомического синдрома [8]. Техника холодной петлевой резекции рекомендуется для удаления миниатюрных и мелких полипов ввиду благоприятного профиля безопасности и высокой эффективности [8,10].

Незначительное подтекание крови после холодной петлевой резекции встречается часто, но оно почти всегда прекращается спонтанно в течение нескольких секунд и не требует вмешательства. Исследования показывают, что частота отсроченных кровотечений после



■ Иванова Е. В.

■ Фёдоров Е. Д.

холодной петлевой резекции значительно реже, чем после горячей петлевой полипэктомии [8]. Tate с соавторами [11] провели исследование, демонстрирующее безопасность фрагментарной холодной резекции при удалении 41 зубчатой аденомы на широком основании размером ≥ 10 мм (14,5–20 мм, в среднем 15 мм), постполипэктомических кровотечений у пациентов не возникло. Немаловажными являются сравнительные исследования горячей и холодной полипэктомии у пациентов, находящихся на антикоагулянтной терапии [12], их результаты показывают превосходство холодного метода и его безопасность — отсутствие отдаленных кровотечений у этой категории пациентов.

Методика холодного петлевого удаления эпителиальных образований толстой кишки выполняется в нашей клинике, медицинском центре Петровские Ворота, с марта 2018 года в ходе потоковых, ежедневно выполняемых, колоноскопий. За этот период выявлено и удалено 317 образований у 228 из 483 пациентов в ходе проведенных исследований. Холодное петлевое удаление было применено при удалении 187 (59,0 %) образований, холодная биопсия в 46 (14,5 %) случаях и горячая петлевая эксцизия и ЭРСО в 84 (26,5 %). При образованиях ≤ 20 мм вмешательства стандартно проводились амбулаторно, после предварительного подписанного согласия пациентов на эндоскопическое удаление образований в случае их выявления. Колоноскопия выполнялась с применением видео стойки Exera III, видео колоноскопами CF-HQ190L и CF-H180L (Olympus, Япония). Для удаления образований холодным путем применяли петли SnareMaster 10 мм (Olympus), монофиламентные петли размером 15 мм (Olympus) и Captiflex Extra Small Oval 11 мм (Boston Scientific). Объ-

зательным условием выполнения вмешательства являлась высококачественная подготовка пациентов к исследованию, для чего использовалась стандартная схема подготовки, основанная на ПЭГ 4000 (Фортранс) в раздельном режиме 2л вечером накануне дня колоноскопии и 2л утром в день исследования, бесшлаковая диета назначалась за 3 дня до колоноскопии. Отличное качество подготовки пациентов при соблюдении данной схемы наблюдалось у 95 % пациентов, что позволяло выявлять образования, ориентируясь как на состояние и наличие поражений слизистой оболочки, так и при оценке структуры сосудистого рисунка слизистой оболочки толстой кишки. Эпителиальные образования размером менее 5мм удаляли щипцами для холодной биопсии, образования 5–13мм удаляли путем холодной петлевой резекции. Образования более 13мм на широком основании и ножке — методикой ЭРСО и горячей петлевой эксцизией, преимущественно с последующим клипированием дефекта слизистой оболочки после удаления. Время, затрачиваемое на удаление образования холодным способом, в среднем составляло 3–4 минуты. Радикальность удаления оценивали с помощью осмотра краев после удаления образования в режиме NBI и оценки слизистой при увеличении с помощью функции

dual-focus (при применении аппарата 190серии). Кровотечения после удаления образований холодным способом останавливались самостоятельно в большинстве случаев, в 20 % случаев мы накладывали клипсы с целью гемостаза и «ушивания» дефекта слизистой оболочки после удаления, как правило, при размере последнего более 10мм. По нашим наблюдениям отсроченные кровотечения после холодного петлевого удаления образований не возникали. Перфораций не было.

Кровотечение на вторые сутки возникло у 1/84 (1,2 %) пациента после ЭРСО образования размером верхушки до 13мм на короткой, относительно узкой ножке, при наличии струпа размером до 4мм. Остановка кровотечения была выполнена путем клипирования дефекта слизистой оболочки двумя металлическими клипсами.

Заключение: методика холодного петлевого удаления эпителиальных образований толстой кишки при технически правильном её выполнении является безопасной для выполнения при потоковой колоноскопии у пациентов в амбулаторных условиях. Вмешательство не является время затратным и по первым результатам не приводит к постполипэктомическим осложнениям в отличие от коагуляционно-ассоциированных методик.

Литература

1. Robertson DJ. Colonoscopy for colorectal cancer prevention: is it fulfilling the promise? *Gastrointest Endosc.* 2010;71(1):118–120.
2. Tappero G, Gaia E, De Giuli P, Martini S, Gubetta L, Emanuelli G. Cold snare excision of small colorectal polyps. *Gastrointest Endosc.* 1992;38(3):310–313.
3. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar J, van Ballegoijen M, Hankey BF, Shi W, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med.* 2012;366(8):687–696.
4. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, Waye JD, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med.* 1993;329(27):1977–1981.
5. Citarda F, Tomaselli G, Capocaccia R, Barcherini S, Crespi M. Efficacy in standard clinical practice of colonoscopic polypectomy in reducing colorectal cancer incidence. *Gut.* 2001;48(6):812–815.
6. Gatto NM, Frucht H, Sundararajan V, Jacobson JS, Grann VR, Neugut AI. Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 2003;95(3):230–236.
7. Anderson ML, Pasha TM, Leighton JA. Endoscopic perforation of the colon: lessons from a 10-year study. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(12):3418–3422.
8. Alan Moss, Kumanan Nalankilli. Standardisation of polypectomy technique. *Best practice and Research Cl Gastroenterol* 31 (2017) 447–453.
9. Yo Han Jeong, Kyeong Ok Kim, Chan Seo Park, Sung Bum Kim, Si Hyung Lee, and Byung Ik Jang. Risk Factors of Advanced Adenoma in Small and Diminutive Colorectal Polyp. *J Korean Med Sci* 2016; 31: 1426–1430
10. Leon M. G. Moons Cold snare polypectomy of large lesions: one swallow does not a summer make. *Endoscopy* 2018; 50:200–202
11. Tate DJ, Awadie H, Bahin FF et al. Wide-field piecemeal cold snare polypectomy of large sessile serrated polyps without a submucosal injection is safe. *Endoscopy* 2017; 50: 248–252
12. Horiuchi A, Nakayama Y, Kajiyama M, Tanaka N, Sano K, Graham DY. Removal of small colorectal polyps in anticoagulated patients: a prospective randomized comparison of cold snare and conventional polypectomy. *Gastrointest Endosc.* 2014;79(3):417–423

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ (ЗНО) ТОЛСТОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ, НЕКОТОРЫЕ МОМЕНТЫ

Кифоренко И. В., зав. эндоскопическим кабинетом
ГБУЗ «Городская поликлиника № 1»

г. Улан-Удэ

Заболеваемость в мире онкологическими заболеваниями представляет серьезную проблему, чаще ЗНО встречаются в старших возрастных группах населения. По данным Поповой Т.Н., ежегодно в мире заболевает раком не менее 6,7 млн человек, 4,5 млн умирает. На ближайшее будущее прогнозируется увеличение онкологической заболеваемости на земном шаре до 10 млн случаев в год. В нашей стране отмечается тенденция к росту онкологических больных среди населения. Абсолютное число заболевших ежегодно составляет около 500 000 человек. Число случаев злокачественных новообразований на 100 000 населения за последние 15 лет увеличилось на 61 %. Численность контингента онкологических больных, состоящих на учете в специализированных учреждениях России, к концу 2004 года составляла 2,3 млн человек (Т.Н. Попова и соавт., 2008). Рак толстой кишки выявляется ежегодно у 0,2–0,5 % обследованных в поликлиниках пациентов (П.А. Никифоров и соавт., 2013 г.).

Широко распространено мнение, что ЗНО ЖКТ имеют излюбленные локализации и расовые предпочтения. Более часто ЗНО кишечника и желудка поражают представителей желтой расы («азиаты»), черной расы («африканцы»), чем обладателей белой расы («европеоиды»). Так, общая смертность от всех форм рака в США среди чернокожих на 33 % выше, чем среди белого населения, а среди индейцев и коренного населения Аляски этот показатель превышает 51 % (Е. Vesce, 2018). По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в мире ежегодно регистрируется более 500 тысяч случаев колоректального рака. Наибольшая заболеваемость отмечается в США, странах Западной Европы и России. Менее выражен рост заболеваемости в странах Азии и Африки. Республика Бурятия и город Улан-Удэ представляют регион со смешанным составом населения, что, по нашему мнению, представляет исследовательский интерес и является оптимальным местом для изучения ЗНО у жителей.

Мы отмечаем увеличение случаев выявления ЗНО толстой кишки в амбулаторной практике на фоне относительной стабильности выявляемости рака желудка в регионе в последние годы.

Цель исследования

Изучить и проанализировать характер ЗНО толстой кишки, выявленных эндоскопическим методом, у обследо-



Кифоренко И. В.

ванных амбулаторно жителей города, в том числе, с учетом расовой и гендерной принадлежности контингента.

Материал, методы и результаты исследования

Для целей своевременного выявления злокачественных новообразований толстой кишки амбулаторно у жителей города выполнялись, в основном, плановые эндоскопические исследования толстой кишки: колоноскопии (ФКС) и ректоскопии (RRS). Проведен анализ результатов амбулаторных эндоскопических исследований (ФКС и RRS) у обследованных городских жителей. За девятилетний период (2010–2018 гг.) выполнено 4528 фиброколоноскопий и 1640 ректоскопий. Возраст пациентов 38–76 лет. Эндоскопически, злокачественные новообразования толстой кишки выявлены в 92 случаях (1,5 %). При фиброколоноскопии — ЗНО диагностированы у 84 пациентов (91 %), при ректороманоскопии — в 8 (9 %) случаях. Преимущественно, ЗНО толстой кишки на поликлиническом этапе выявлялись при фиброколоноскопии. Все случаи ЗНО подтверждены морфологически после изучения биопсийного материала из толстой кишки. Гистологически — злокачественные новообразования соответствовали, в основном, аденокарциномам.

Мы провели анализ выявленных случаев рака толстого кишечника по расовому и половому признакам. Установили, что по расовому признаку — азиаты составили — 31 (33,7 %), лица европеоидной (белой) расы — 61 (66,3 %). В первой группе (азиаты), мужчины составили 16 случаев, женщины — 15. Во второй группе (европеоиды) — 30 и 31, соответственно. Это свидетельствует, что выявляемость амбулаторно ЗНО толстой кишки не зависит от пола обследованных. Преимущественно, аденокарциномы толстой кишки выявлялись у лиц европеоидного типа.

Выводы

На фоне общего роста колоректального рака у населения, отмечается преобладание выявления ЗНО толстой кишки у представителей европеоидной

расы, что требует дальнейшего изучения и, вероятно, в перспективе будет нужно учитывать при планировании скрининговых плановых обследований населения.

Литература

1. Попова Т.Н. Онкология: учебн. пособие для студ. высших учебных заведений /Т.Н. Попова и др./; под ред. П.В. Глыбочко. — М.; Изд. центр «Академия», 2008. —400 с.;
2. Никифоров П.А., Бурков С.Г. Данько А.И., Виноградова Н.Н. Колоноскопия в оптимизации своевременной диагностики рака толстой кишки: опыт 30-летнего использования метода // Материалы IV Всероссийской научно-практической. конференции «Актуальные вопросы эндоскопии», СПб., 2013 г., с. 178–179.
3. E. Becze U. S. Cancer Death Rates Continue to Fall, CA: A Cancer Journal for Clinicians, March 07, 2018.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Королевский Е. С., м. н. с.
Архипова О. В., аспирант
Озерова О. С., аспирант
ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А. Н. Рыжих» МЗ РФ, отделение эндоскопической диагностики и хирургии

г. Москва



■ Королевский Е. С.



■ Архипова О. В.



■ Озерова О. С.

Язвенный колит — это пожизненное заболевание, возникающее в результате взаимодействия между генетическими и экологическими факторами, наблюдаемое преимущественно в развитых странах. Он диффузно поражает прямую кишку и вариабельно другие отделы толстой кишки, характеризуется рецидивным и ремитирующим характером активности воспаления.

Отдельного внимания заслуживает сверхтяжелая, фульминантная или молниеносная форма ЯК, так как она потенциально является жизнеугрожающим состоянием. По данным литературы смертность что у таких пациентов составляет 2,9 %, но может быть и ниже 1 % в специализированных центрах.

Определение сроков проведения операции при тяжелом колите остается одним из наиболее сложных решений, которые вынужден принимать гастроэнтеролог. Очень важно, чтобы врач не шел на поводу у пациента отсрочивая операцию и продолжая неадекватную терапию, так как это увеличивает смертность, связанную с последующим хирургическим вмешательством.

Материалы и методы

С целью уточнения корреляции эндоскопической картины, выраженности клинических изменений и гистологической картины мы провели ретроспективное исследование. Мы выделили в основную группу 50 пациентов страдающих язвенным колитом, которым была за последние 2 года заявлена и выполнена операция колэктомия или колпроктэктомия. С целью сравнения, мы отобрали и контрольную группу из 50 пациентов, куда были включены пациенты с клинически тяжелой или среднетяжелой

атакой язвенного колита, но которых удалось успешно пролечить консервативно.

Основным, группирующим признаком был факт выбора тактики лечения консервативной/хирургической. Так же мы выделили зависимые с ним признаки 1) активность воспаления по данным гистологического исследования, 2) степень активности язвенного колита в заключении протокола эндоскопического исследования, 3) эндоскопическая протяженность воспалительных изменений, 4) эндоскопическая протяженность тяжелых, глубоких язвенных изменений, 5) Д язв выявленных при колоноскопии, 6) обширные язвы при колоноскопии, 7) сливающийся характер язв, 8) «островки» сохранившейся слизистой при колоноскопии, 9) терапевтическая тяжесть Truelove&Witts.

Выводы

Предикторами неэффективности консервативного лечения являются следующие признаки: Сильные — 1) Протяженность «тяжелых» язвенных изменений, 2) Наличие в протоколе фразы «обширные, множественные язвы, и 3) фразы «островки» оставшейся слизистой», 4) гистологическое заключение о степени воспалительных изменений, Умеренные — 1) Эндоскопическая оценка степени активности язвенного колита в протоколе, 2) Диаметр язв, 3) Наличие фразы в протоколе «сливающиеся» язвы. Слабая — 1) Длительность анамнеза течения заболевания. 1) Терапевтический индекс Truelove-Witts и 2) общая эндоскопическая протяженность воспалительных изменений: показал отсутствие предсказательной силы. Ключевой диаметр язв, предсказывающий неуспех консервативного лечения, более 1,5–2,0 см. Длительность течения заболевания показало обратную зависимость .

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кузнецов С. М., к. м. н., доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМУ, зав. операционным отделением филиала № 1 ФГБУ «425 ВГ» Минобороны России
Дубовский А. В., врач-эндоскопист ОГБУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 3»

г. Иркутск



■ Кузнецов С. М.

Несмотря на то, что проблеме полипов и полипоза толстой кишки посвящено большое количество научных исследований в нашей стране и за рубежом, до настоящего времени открытыми остаются вопросы этиологии, патогенеза и лечения полипов толстой кишки. Распространенность полипов и полипоза толстой кишки в различных группах населения колеблется от 2,4 % до 52 %, а процент малигнизации от 0,9 % до 100 % [1,2,3,4,5]. При этом некоторые исследователи вообще отрицают возможность малигнизации полипов [Л. Анкерман и др., 1962]. Не полностью изучен морфогенез полипов. Наличие большого числа гистологических форм доброкачественных опухолей толстой кишки не только затрудняет их макроскопическую верификацию, но и создает определенные трудности в выборе лечебной тактики.

Цель исследования

На основании углубленного специализированного проктологического обследования изучить частоту и структуру полипов и полипоза толстой кишки в Прибайкалье, а также проанализировать различные варианты полипэктомии и их эффективность.

Актуальность

Детальное представление о распространенности патологии ееструктуре является важным моментом в организации оказания медицинской помощи, особенно специализированной. В связи с тем, что одиночные полипы являются факультативными предраками, а групповые, множественные полипы и диффузный полипоз obligatными выбор адекватного метода лечения при этом является крайне значимым. Кроме количества и размера полипов толстой кишки, важную роль играет их морфологическая структура. Уровень выраженности пролиферативных и диспластических процессов в истинных полипах.

Важным моментом является принцип и способ лечения при выявлении малигнизации в полипе.

Материалы и методы

В течении пяти лет нами подвержены специализированному проктологическому осмотру 8650 жителей Прибайкалья различных возрастных социальных групп. При обследовании пациента кроме сбора анамнеза, проводили пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, по показаниям фиброколоноскопию и ирригографию. Осмотры проводили в трех регионах Иркутской области: город Иркутск, регион приравняемый к условиям Крайнего Севера — Мамско-Чунский район и западный участок БАМ. Доброкачественные новообразования толстой кишки выявлены у 641 (7,4 %) обследованных. Основная группа была в возрасте от 30 до 60 лет. Детальное исследование морфологической структуры полипов толстой кишки, показало, что железистые структуры (полипы и полипоз) составляют основную массу всех доброкачественных новообразований толстой кишки.

Кариометрические и микроцитоспектрофотометрические исследования, проведенные в 100 наблюдениях, позволили более глубоко изучить морфогенез полипов, оценить выраженность пролиферативных и диспластических процессов, а также закономерности процессов малигнизации. При этом выявлено, что эволюция полипов идет по двум путям — от гиперпластического к ворсинчатой аденоме и через нарастания дисплазии к раку; от тубулярной аденомы непосредственно к раку или же через формирование тубулярно-ворсинчатой аденомы с переходом в ворсинчатую к раку. Основные структурные изменения, как правило, начинаются с верхушки полипа, что необходимо учитывать при полипэктомии. Выбор метода лечения пациентов с полипами зависел от морфологической структуры полипа, а также от локализации полипа, его размеров и количества. Локальная полипэктомия выполнена у 497 (97,1 %) пациентов из 511 Трансанальное иссечение выполнено у 152 (29,7 %) пациентов, удаление через ректоскоп — у 81 (15,8 %), диатермоэксцизия полипов через колоноскоп — у 264 (51,6 %) пациентов. В 14 (2,9 %) наблюдениях применялись расширенные вмешательства — задняя проктотомия, лапаротомия с колотомией в связи с распространенностью процесса и невозможностью их удаления эндоскопическим путем. В 11 наблюдениях с диффузным полипозом выполнены радикальные операции от сегментарной резекции толстой кишки (2) до проктэктомии (9).

Результаты исследования:

При углубленном специализированном проктологическом обследовании 8650 жителей Прибайкалья полипы толстой кишки выявлены у 641 (7,4 %). При анализе распространенности отмечено преобладание доброкачественных полипозных новообразований толстой кишки у женщин — 86 %, против 33 % у мужчин. В структуре проктологической патологии у жителей Прибайкалья заняли третье место, после таких заболеваний как геморрой (357 на 1000 первично осмотренных) и воспалительных поражений толстой кишки (93 на 1000 первично осмотренных), встречаясь с частотой 74 на 1000 осмотренных.

Основными факторами риска возникновения полипов по нашим наблюдениям являются: возраст, который составил в среднем 48 лет; пол — данная патология достоверно чаще встречается у женщин; наличие патологии других органов желудочно-кишечного тракта, выявленной у 1/3 пациентов; наличие других проктологических заболеваний, которые на фоне полипов выявлена у 88,3 % наблюдений. Важное значение имеет характер питания жителей данного региона, где отмечается относительно малое потребление клетчатки, особенно в северных районах, по сравнению с мясной пищей.

Определенное значение имеет социальный фактор, данная патология достоверно чаще выявлялась у служащих и пенсионеров. Эти факторы явились основополагающими для составления скрининг-тестов и скрининг-анкет, позволяющих отбирать пациентов для углубленного обследования для верификации полипов и полипоза толстой кишки. Различным видам полипэктомии, выполненной в клинических условиях были подвергнуты 511 пациентов. Детальное морфологическое исследование доброкачественных новообразований толстой кишки, удаленных у 511 пациентов, показало, что 78,2 % они представлены истинными полипами, в 18,8 % — опухолеподобными новообразованиями (фиброзные поли-

пы), в 2,2 % гемангиомами и лимфоангиомами и в 0,8 % карциноидами.

Мы отнесли гиперпластические полипы к истинным, так как в 143 (28 %) наблюдениях было выявлено сочетание сочетание тубулярной аденомы с гиперпластическим полипом. При этом в 65 наблюдениях было выявлено преобладание гиперпластических структур, в 59 преобладали аденоматозные и в 19 наблюдениях эти структуры были приблизительно в равной мере. При исследовании тубулярных и ворсинчатых аденом оказалось, что на 93 из них дисплазия выявлена в 21 (7,2 %), а малигнизация в 42 (14,3 %). Удаление полипов различными методами выполнены у 511 пациентов, кровотечение было в двух наблюдениях после полипэктомии через ректоскоп и в двух наблюдениях при дермоэксцизии полипов через колоноскоп.

Основными причинами осложнений явились технические погрешности и плохая подготовка пациентов. Микроперфорация восходящей кишки возникла при удалении ворсинчатой опухоли на фоне наличия жидкости в кишке. Осложнение купировано хирургическим вмешательством с ушиванием кишки. Отдаленные результаты прослежены у 426 (83,4 %) оперированных в сроки от 3 месяцев до 5 лет. Рецидивы при контрольном осмотре выявлены у 7 (1,6 %) пациентов, пропущенные, ранее е верифицированные полипы, у 36 (8,5 %). Чаще возникали после удаления аденом (97,8 %).

Заключение

Доброкачественные новообразования толстой кишки у жителей Прибайкалья встречаются с частотой 74 на 1000 первично осмотренных, занимая третье место в структуре проктологической патологии. Локальная эндоскопическая полипэктомия достаточно радикальный и безопасный метод лечения больных с полипами толстой кишки. Осложнения встретились в 5 (0,9 %) наблюдениях, рецидивы — в 7 (1,6 %), пропущенные полипы верифицированы у 36 (8,5 %).

Литература

1. Белоус Т.А. Патоморфология предраковых состояний толстой кишки//Росс. ж. гастроэнт., гепатол., колопроктол. 2002.—№ 4.— С. 50–56.
2. Брюсов П.Г., Иноятв И.М., Смирнов А.Б. Возможности диагностики и выбор тактики лечения ворсинчатых опухолей прямой кишки// Акт. пробл. колопроктологии. 1993.— С. 78–80.
3. Кузнецов С.М., Лужнов К.В., Лужнов Н.П., Быстров М.П. Доброкачественные опухоли дистальных отделов толстого кишечника// Лечение проктологических больных на догоспитальном этапе. Тула, 1983.— С. 86–87.
4. Ривкин В.Л., Кирьянов И.В., Никитин А.М., Лукин В.В. Полипы и полипоз толстой кишки//М.: Медпрактика. 2005.— 151 с. 5 Федоров В.Д. О лечебной тактике при полипах толстой кишки//Хирургия.— 1987 № 1.— с. 82–88.

ЭНДОМЕТРИОЗ КИШЕЧНИКА. РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ



Лукина А. С., Дудник Н. Н., Казакова Е. В., Бобыленко Л. А., Хмельницкая В. А., Шевцова Е. В., Зайцева Л. В., Кыштымова А. Н.
Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр



г. Иркутск

Эндометриоз кишечника (ЭК)-это состояние, при котором функциональные железы и строма, подобные эндометриоидным, инфильтрируют кишечную стенку, распространяясь, как минимум, на субсерозную жировую ткань и субсерозную часть кишечного сплетения. Широкая вариабельность клинического течения и сложность дифференциальной диагностики не позволяют точно определить распространенность ЭК в общей популяции, хотя установлено, что ЭК поражается от 3,8 до 37 % пациенток с эндометриозом. Расположение эндометриоидных очагов на серозной оболочке кишки следует рассматривать как перитонеальный эндометриоз, а не ЭК. Наиболее часто эндометриоидные узлы расположены в сигмовидной и прямой кишке, реже в подвздошной кишке, червеобразном отростке и слепой кишке[1].

Симптоматика ЭК зависит от глубины инфильтрации кишечной стенки и размера эндометриоидных очагов, поэтому, при ЭК можно наблюдать целый ряд симптомов разной степени выраженности. Кроме того, в 99 % случаев ЭК сочетается с другими эндометриоидными поражениями органов малого таза[2], что усугубляет сложность дифференциальной диагностики. Эндометриоидные очаги небольшого размера, инфильтрирующие только субсерозную жировую ткань, могут протекать бессимптомно[3]. Большие узлы, проникающие в мышечный слой кишки, вызывают целый ряд симптомов, типичных для синдрома раздраженной кишки, воспалительных заболеваний кишки, опухолевых поражений и кишечной непроходимости. Это болезненность и затруднение дефекации, запор, диарея, вздутие живота, болезненная кишечная перистальтика, выделение слизи со стулом и периодические кишечные кровотечения[3,4,5,6]. Патогенез развития кишечных симптомов при ЭК остается до конца невыясненным. Но, очевидно, что периодические функциональные изменения, особенно в эндометриоидных узлах больших размеров постепенно приводят к обширному фиброзу, ригидности и утолщению кишечной стенки, стенозируют просвет кишечной трубки и препятствуют кишечному транзиту. Кроме того, эндометриоидные очаги кишки инфильтрируют и разрушают кишечное нервное сплетение[3], повреждают интерстициальные клетки Кайала, что вызывает нарушение физиологии кишки.

Прямокишечные кровотечения при ЭК возникают вследствие повреждения слизистой оболочки при прохождении каловых масс через стенозированный участок кишки. Стеноз при этом временный, вызывается утолщением кишечной стенки с эндометриоидной инфильтрацией в период менструаций. Слизистая кишки эпителизируется быстро и уже при эндоскопическом исследовании никаких источников кровотечения может не обнаружиться. При глубоком залегании эндометриоидных узлов эндоскопически слизистая может выглядеть нормальной, либо с минимальными застойными явлениями, быть ранимой и/или сочетаться с сужением просвета кишки [7]. Биопсия при таком варианте ЭК не информативна, так как патологические изменения залегают глубоко, идут по убыванию от серозы к слизистой оболочке. Очень редко, все же, происходит прорастание эндометриоидных очагов в просвет кишечной трубки. [1]. Именно в таких, крайне редких случаях, колоноскопия становится наиболее информативным способом диагностики ЭК.

Клинический случай № 1

Женщина 35 лет обратилась в ИДЦ для проведения колоноскопии с жалобами на хронические интенсивные боли в животе разлитого характера, чередование запоров и поносов с примесью кровянистых выделений. Направительный диагноз: Состояние после экстирпации матки с придатками, части тонкой кишки в связи с злокачественной эндометриомой органов малого таза, спаечная болезнь.

Проведена поднаркозная колоноскопия.

Описание:

Толстая кишка осмотрена до нижней трети сигмовидной кишки, где просвет кишки сужен, жестко деформирован, не поддается присбориванию. Дальнейшее продвижение аппарата возможно только с значительным усилием, сопряженным с высоким риском перфорации кишечной стенки. На 3–5 см ниже уровня сужения в нижней трети сигмовидной кишки расположено полиповидное неправильной формы образование на широком основании размером до 2 см и высотой до 2,5 см, состоящее из округлых и овальных, гладких, бледно-розовых, с темным коричневым оттенком бугорков. По периметру образования отмечается множество подобных мелких

до 0,2 см гладких структур. При хромокопии индигокармином 0,2 % и осмотре с увеличением визуализирован pit-паттерн в виде расширенных округлых и овальных ямок, не классифицируемый по S. Kudo (Рис. 1, 2, 3). Взята множественная биопсия.

Цитологическое описание:

В представленном материале получены железистоподобные и сосочкоподобные структуры, скопления, группы кубического и цилиндрического железистого эпителия эндометриального типа без признаков злокачественности, фрагменты стромы, наличие макрофагов нагруженных пигментом, элементы крови.

Гистологическое описание:

В подслизистом слое сигмовидной кишки обнаружены очаги эндометриоза, представленные стромой эндометрия с большим количеством гемосидерофагов ("шоколадных" клеток).

Окончательное патоморфологическое заключение:

Рецидив основного заболевания (эндометриома) нижней трети сигмовидного отдела ободочной кишки.

Клинический случай № 2

Женщина 43 лет проходила поднаркозную колоноскопию в ИДЦ для исключения онкопатологии сигмовидной кишки после интравагинального УЗС матки и придатков, где была обнаружена миома матки и объемное образование малого таза, вероятно, исходящее из толстого кишечника. На МСКТ, так же, была получена картина объемного образования сигмовидной кишки и миома матки. При проведении поднаркозной тотальной колоноскопии заподозрен эндометриоз ректосигмоидного изгиба.

Эндоскопическая картина: На 14–16 см от ануса обнаружено бугристое образование, с единичными гладкими коричневатыми узелками диаметром до 3 мм по поверхности, занимающее до 1/5 окружности просвета кишки, протяженностью до 2–3 см, на суженном основании. При биопсии ткани плотные, кровоточивые. Взята множественная биопсия. На основании данных патоморфологического исследования вынесено заключение: Эндометриоз с прорастанием области ректосигмоидного изгиба.

Цитологическое описание:

В мазках среди большого количества полиморфноядерных лейкоцитов и обилия фибробластических элементов найдены железистоподобные структуры кубического, вероятно, эндометриального эпителия без признаков атипии. (Рис. 4)

Гистологическое описание:

В представленном материале определяется грануляционная и плотная соединительная ткань с поверхностными некрозами, с выраженной воспалительной инфильтрацией. Определяются редкие железистые структуры, окруженные клеточной стромой, в некоторых участках напоминающей цитогенную эндометриальную строму, с редкими гемосидерофагами. Железы представлены кубическим и цилиндрическим эпителием, в некоторых определяется многоядное расположение ядер, в отдельных железистых структурах прослеживаются субнуклеарные и перинуклеарные вакуоли, негативные при Pas-реакции, апикальные контуры кле-



Рис. 1. Эндометриома сигмовидного отдела ободочной кишки



Рис. 2. Эндометриома сигмовидного отдела ободочной кишки

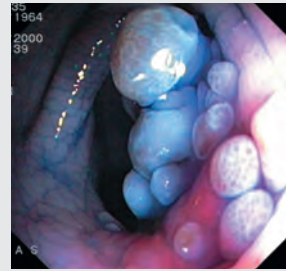


Рис. 3. Эндометриома сигмовидного отдела ободочной кишки, режим хромокопии

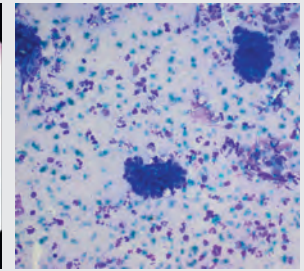


Рис. 4. Цитологический препарат. Окраска азур-эозин, x100. Скопление кубических и цилиндрических клеток эндометриального типа

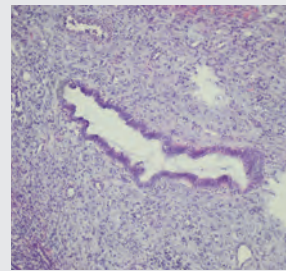


Рис. 5. Гистологический препарат. Окраска гематоксилин-эозином x40. Имеется эндометриальная стромы с очаговыми кровоизлияниями. Железа с пилообразными контурами, высланная эпителием эндометриального типа

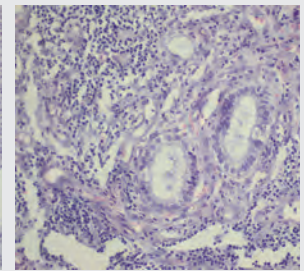


Рис. 6. Гистологический препарат x200. Окраска гематоксилин-эозином. Железы в центре препарата эндометриального типа. В эпителии определяются перинуклеарные вакуоли, неровные опикальные контуры

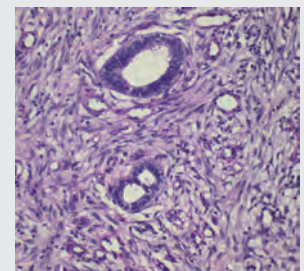


Рис. 7. Гистологический препарат x200 окраска PAS-реакция железы эндометриального типа без признаков внутриклеточной продукции

ток неровные, в эпителии и просветах отдельных желез лейкоциты. (Рис. 5, 6, 7). Окончательное патоморфологическое заключение:

В представленном материале со слизистой ректо-сигмоидного изгиба толстой кишки морфологические признаки эндометриоза, с изъязвлением.

Таким образом, не смотря на общепринятое мнение об ограниченности колоноскопии как метода диагностики ЭК[1], описанные нами оба клинических случая демонстрируют, что при прорастании эндометриоидных очагов в просвет кишечной трубки колоноскопия с биопсией могут с успехом применяться для диагностики ЭК.

Литература

1. Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62: 461–470
2. Redwine DB. Ovarian endometriosis: a marker for more extensive pelvic and intestinal disease. *Fertil Steril* 1999; 72: 310–315
3. Remorgida V, Ragni N, Ferrero S, Anserini P, Torelli P, Fulcheri E. The involvement of the interstitial Cajal cells and the enteric nervous system in bowel endometriosis. *Hum Reprod* 2005; 20: 264–271
4. Seracchioli R, Mabrouk M, Guerrini M, Manuzzi L, Savelli L, Frascà C, Venturoli S. Dyschezia and posterior deep infiltrating endometriosis: analysis of 360 cases. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15: 695–699
5. Ferrero S, Abbamonte LH, Remorgida V, Ragni N. Irritable bowel syndrome and endometriosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005; 17: 687
6. Ferrero S, Abbamonte LH, Valentino R, Ragni N. Abdominal pain, bloating, and urgency. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 195; author reply 195
7. Bartkowiak R, Zieniewicz K, Kaminski P, Krawczyk M, Marianowski L, Szymanska K. Diagnosis and treatment of sigmoidal endometriosis — a case report. *Med Sci Monit* 2000; 6: 787–790

ТРАНСПЛАТАЦИЯ ФЕКАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ЭНДОСКОПИСТА

Маторин Р.И., врач-эндоскопист
Щербаков П.Л., д.м.н., проф., гл. врач, КДЦ Медси на Красной Пресне, г. Москва;
Владыко А.К., зав. эндоскопическим отделением
Калачнюк Т.Н., к.м.н., зав. гастроэнтерологическим отделением
Ильина Е.Н., д.б.н., проф. РАН, зам. ген. директора по научной работе
ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России

г. Москва

Трансплантация фекальной микробиоты (ТФМ) — это пересадка фекального материала от здорового донора реципиенту, с целью восстановления стабильного микробного сообщества в кишечнике. Сама по себе процедура ТФМ — не является новым терапевтическим методом. Использование фекалий человека или животных в лечебных целях встречается у многих народов в различные периоды истории. В 16 веке этот метод был описан в трудах выдающийся китайского врача Ли Ши Чженя, который использовал «желтый суп», сделанный из фекалий и воды, для лечения различных расстройств ЖКТ у высокопоставленных особ династии Мин[1]. Тогда же, метод был описан европейскими путешественниками в Китай, однако закрепился только в ветеринарии, для лечения диареи у лошадей и крупного рогатого скота.

Первый опыт использования ТФМ в западной медицине был описан командой хирургов из США под руководством Ben Eiseman в 1958 году[2]. Им удалось вылечить 4-х пациентов с псевдомембранозным колитом с помощью фекальных клизм. С 2013 года ТФМ одобрена управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) на территории США для пациентов с 3-м рецидивом *C. difficile*-ассоциированной болезни, у которых отсутствует эффект от стандартной терапии. В Европе ТФМ рекомендована для лечения рецидивирующей *C. difficile*-ассоциированной болезни в комбинации с антибиотиками *per os*.

На сегодняшний день ТФМ рассматривается как терапевтический метод для следующих заболеваний:

1. *C. difficile*-ассоциированная болезнь.
2. Воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона).
3. Функциональные расстройства кишечника.
4. Метаболический синдром.

Существует несколько способов доставки биоматериала. В зависимости от нозологической единицы и поставленных клинических задач, процедура может быть однократной или многократной. Пути доставки фекального материала можно разделить на 4 группы:

1. Желудочная доставка (через назогастральный зонд или перкутанную гастростомию)
2. Энтеральная доставка (через назоудоанальный или назоэюнальный зонд; с помощью эндоскопии; капсульная ТФМ с лиофилизированным биоматериалом)



■ Маторин Р.И.

3. Доставка в правые отделы толстой кишки (при помощи колоноскопии)

4. Доставка в левые отделы толстой кишки (при помощи ретенционных клизм)

В период с 2016 по 2018 год на базе эндоскопического отделения ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России было осуществлено 60 трансплантаций фекальной микробиоты, из них 30 в 2018-м, 18 в 2017-м и 12 в 2016-м году.

За 2018 год 30 процедур ТФМ было выполнено 23 пациентам, находящимся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении (11 мужчин и 12 женщин). Средний возраст составил $42,9 \pm 12,8$ лет. Данная группа включала в себя пациентов с 4 различными нозологиями: 4 пациента с синдромом раздраженного кишечника (СРК); 4 пациента с *C. difficile*-ассоциированной болезнью; 5 пациентов с язвенным колитом (ЯК); 10 пациентов с болезнью Крона (БК).

18 пациентам процедура выполнялась однократно, 4 пациентам — двукратно и 1 пациенту — четырехкратно. 28 ТФМ выполнены посредством эндоскопии, из которых 3 в тощую кишку с помощью двухбаллонного энтероскопа и 25 в нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки через гастроскоп. Параллельно выполнено 2 ТФМ с применением капсул с лиофилизированным биоматериалом.

ТФМ выполнялось пациентам с тремя вариантами СРК: 1. С преобладанием запоров; 2. С преобладанием диареи; 3. С болевой формой. Положительная динамика была отмечена у всех пациентов. При болевой форме с регулярного приема спазмолитиков удалось перейти на прием «по требованию». При СРК с диареей — стойкий эффект после первой процедуры.

У пациентов с инфекцией *C. difficile* выполнено 4 ТФМ, 2 из которых путем приема капсул и 2 эндоскопическим путем. Был отмечен более выраженный и стойкий клинический эффект, а также исчезновение выработки токсинов А и В при эндоскопическом выполнении ТФМ.

ТФМ проведена у 5 пациентов с ЯК, из которых 2 с левосторонним поражением и 3 с тотальным. У всех пациентов достигнута положительная клиническая и эндоскопическая динамика, в связи с чем удалось сохранить только базовую терапию 5-АСК с возможностью снижения дозы.

Из 8 проанализированных пациентов с БК, перенесших ТФМ, 6 имели терминальный илеит и 2 илеоколит. У всех пациентов достигнута положительная клиническая и эндоскопическая динамика в виде минимизации синдрома кишечной диспепсии, отмечалось уменьшение лабора-

торных показателей активности процесса (СОЭ, лейкоциты, С-реактивный белок).

Заключение

На сегодняшний день ТФМ является новым методом в гастроэнтерологии и эндоскопии, с огромным терапевтическим потенциалом в отношении таких заболеваний как ЯК, БК, *C. difficile*-ассоциированная болезнь, функциональные заболевания ЖКТ, метаболические нарушения, а также психические расстройства. Анализируя наш опыт, мы обнаружили значительный терапевтический эффект от ТФМ, а также выяснили, что эндоскопическая доставка материала, является наиболее эффективной. На текущий момент существуют предпосылки для дальнейшего изучения метода, его эффективности при различных заболеваниях, а также методов доставки биоматериала.

Литература

5. Zhang F, Luo W, Shi Y, et al. Should we standardize the 1,700-year-old fecal microbiota transplantation? *Am J Gastroenterol* 2012; 107:1755.
6. Smits LP, Bouter KE, de Vos WM, et al. Therapeutic potential of fecal microbiota transplantation. *Gastroenterology* 2013;145:946–53.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

Назаров В. Е., профессор кафедры эндоскопии
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова»

г. Санкт-Петербург

Одним из основных условий качественного выполнения эндоскопического исследования является ее адекватная подготовка, поскольку плохая подготовка кишки является причиной отказа от колоноскопии у 53,2% больных. Без подготовки или при ее неэффективном проведении осмотр толстой кишки затруднен, опасен, показания ограничены. В современных условиях развития эндоскопической техники и качественной подготовки толстой кишки становится возможным диагностировать мелкие начальные онкоизменения, проводить эндоскопические лечебные вмешательства, что существенно улучшает результаты лечения. Высокая эффективность метода подготовки, снижение числа побочных эффектов, улучшение эмоциональной окраски позволяют сделать эту процедуру более доступной, применимой у соматически ослабленных больных, в том числе амбулаторно.

Разработка препаратов на основе полиэтиленгликоля (ПЭГ) (Фортранс, Лавакол, Эндофальк) открыла новые возможности для более эффективной подготовки толстой кишки к эндоскопическим исследованиям. Основой препарата является макроголь с молекулярной массой 4000 или 3350 (Эндофальк) и электролиты. Его послабляющее действие основано на образовании гидрофильного коллоида в просвете кишки, который не всасывается в ЖКТ и значительно увеличивает объем кишечного содержимого, что стимулирует перистальтику и эвакуацию каловых масс. Использование данного препарата методом перорального промывания ЖКТ в дозе 3–4 литра позволило добиться адекватной подготовки толстой кишки у 88,5% больных. Высокая эффективность и возможность самостоятельной подготовки кишечника с помощью кишечного лаважа (безклизменный метод) позволили этому методу занять лидирующие позиции и потеснить традиционную подготовку к колоноскопии в условиях стационара при помощи бесшлаковой диеты, слабительных препаратов и очистительных клизм, при которой полного отсутствия кишечного содержимого удается достигнуть лишь в 29–37% случаев.

Однако данный метод не лишен серьезных недостатков, основной из них — необходимость приема большого объема жидкости (3–4 литра) за достаточно короткое время. В 20–25% случаев пациенты жалуются на возникающие диспепсические расстройства (тошнота, рвота, дискомфорт и боли в животе), что вызывает отрицательные психоэмоциональные реакции,



■ Назаров В. Е.

а в 10–15% случаев приводит к досрочному прекращению приема раствора, снижению эффективности подготовки и невозможности проведения полноценной тотальной колоноскопии. Пожилые пациенты особенно часто отмечают боязнь перед необходимостью принимать большой объем жидкости за достаточно короткое время. По данным некоторых авторов, только 45–55% пациентов готовы в будущем повторить этот метод подготовки.

Поэтому альтернативой использованию растворов ПЭГ для подготовки к колоноскопии явилось применение гиперосмолярных растворов одноосновного и двухосновного фосфата натрия (Фосфо-сода), что позволило уменьшить объем вводимого раствора и улучшить переносимость кишечного лаважа без ухудшения качества подготовки толстой кишки. Их применение приводит к выходу воды из плазмы крови в просвет кишечника и, тем самым, к разжижению и увеличению объема кишечного содержимого, что стимулирует его эвакуацию.

Нами было проведено собственное исследование для оценки эффективности применения раствора Фосфо-соды при подготовке к колоноскопии, путем анкетирования и целенаправленного опроса 307 больных с различной патологией для установления характера их ощущений в процессе подготовки и причин возникающих жалоб в 12 различных лечебных учреждениях г. Санкт-Петербурга. Основную группу составили 168 пациентов, которые проходили подготовку с применением растворов Фосфо-соды, контрольную — 139 пациентов, которые готовились раствором Фортранса 4 л. Нозологические формы в обеих группах были сравнимы.

Результаты проведенного исследования показали, что использование раствора Фосфо-соды в большинстве (93,5%) случаев позволяет очистить

толстую кишку в объеме, достаточном для проведения полноценного исследования, а по качеству не уступает подготовке с применением раствора Фортранса 4 л. Вместе с тем, данная подготовка значительно легче переносится больными, приводит к более редкому возникновению жалоб и реже вызывает негативную психоэмоциональную реакцию, не менее эффективна в старшей возрастной группе, равноэффективна при нормальном стуле и нарушениях дефекации, в малой степени зависит от имеющегося заболевания.

Для улучшения переносимости подготовки пациентами при сохранении одинаковой эффективности с оригинальной 4-литровой подготовкой ПЭГ был разработан комбинированный низкообъемный (2-литровый) ПЭГ (макрогол-3350) с аскорбиновой кислотой и натрия сульфатом (Мовипреп), которые оказывают

осмотическое действие, вызывая слабительный эффект. Электролиты, входящие в состав лекарственного препарата, а также дополнительный прием 1 литра прозрачной жидкости препятствуют нарушению водно-электролитного баланса. По данным различных авторов, успешное очищение толстой кишки при использовании данного препарата удается достигнуть не менее чем у 91,4 % пациентов.

В литературе, посвященной данной проблеме, также широко обсуждаются индивидуализированные методы подготовки, а также различные сочетания слабительных препаратов (ПЭГ и бисакодил, ПЭГ и натрий-пикосульфат и др.), при использовании которых возможно оптимальное и безопасное достижение качественной подготовки пациента к диагностическим исследованиям. Все это свидетельствует о том, что «идеальный» препарат пока еще не найден.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА «ХОЛОДНОЙ» ПЕТЛЕВОЙ ЭКСЦИЗИИ И ЭЛЕКТРОЭКСЦИЗИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Озерова О.С., аспирант
Полторыхина Е.А., младший научный сотрудник
Власов С.Б., врач-эндоскопист
Меркулова Е.С., врач-эндоскопист
ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ, отделение эндоскопической диагностики и хирургии

г. Москва

Актуальность

Эндоскопическое удаление колоректальных полипов является общепризнанным способом вторичной профилактики рака толстой кишки, так как позволяет снизить частоту заболеваемости и смертности от данной нозологии. Стандартная полипэктомия с использованием электрокоагуляции является золотым стандартом удаления полипов толстой кишки, однако несет в себе риск развития осложнений (кровотечение, перфорация и посткоагуляционный синдром) вследствие термического воздействия на структуры подслизистого слоя. В эндоскопической практике все большее распространение получает методика «холодной» петлевой эксцизии, при которой полипы удаляются без применения электрического тока. По мнению ряда авторов данная методика является эффективной и безопасной при удалении полипов менее 1,0 см в диаметре.

Цель исследования

Сравнительная оценка эффективности и безопасности «холодной» петлевой эксцизии и электроэксцизии эпителиальных образований толстой кишки размерами до 2,0 см.

Материалы и методы

Перспективное сравнительное, одноцентровое клиническое исследование было проведено в период с января 2018 по сентябрь 2018 г. на базе ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ. В зависимости от методики удаления доброкачественных эпителиальных образований толстой кишки, пациенты были распределены на две группы: «холодная» эксцизия (1-я группа, 83 больных), электроэксцизия (2-я группа, 60 больных). Средний возраст больных в 1-й группе составил 60,9 (\pm 9,6) лет, во 2-й группе — 63,1 (\pm 9,5) лет. Критериями включения явились пациенты с эпителиальными образованиями толстой кишки на широких основаниях размерами до 2,0 см. Критериями исключения послужило: наличие сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, нарушений свертывающей системы крови, семейного аденоматоза



■ Озерова О.С.

толстой кишки, воспалительных заболеваний кишечника, малигнизированные образования толстой кишки, возраст моложе 18 лет. Всем пациентам было проведено стандартное предоперационное обследование (эзофагогастродуоденоскопия, общий и биохимический анализ крови, оценка показателей свертываемости крови, группа крови и резус-принадлежность, анализ мочи, измерение артериального давления).

При «холодной» эксцизии использовались моно- и полифиламентные петли. После выведения в поле зрения обнаруженного эпителиального образования, петля в раскрытом положении накрывалась на него с захватом 1–2 мм окружающей слизистой оболочки, далее петля закрывалась с пересечением полипа без применения электрокоагуляции. В случае удаления образований методикой петлевой электроэксцизии использовались электрохирургические блоки ERBE VIO-300D, Olympus ESG-100. При необходимости создания лифтинга удаляемого образования, производилась предварительная подслизистая инъекция раствора гелофузина/натрия хлорида с 0,4 % индигокармином. В случаях образования обширных дефектов слизистой оболочки или развития интраоперационного кровотечения после удаления образований той или иной методикой, осуществлялся эндоскопический гемостаз. Все пациенты после полипэктомии находились в стационаре под наблюдением в течение 4–5 дней.

Первичной конечной точкой исследования являлась частота кровотечений после «холодной» эксцизии

и электроэксцизии. Другие осложнения (перфорация, посткоагуляционный синдром), показатели извлечения удаленных образований, использование предварительной подслизистой инъекции, а также осуществление гемостаза были расценены как вторичные конечные точки. Все необходимые данные пациентов были внесены в электронную таблицу Excel. Для анализа качественных переменных применялись точный критерий Фишера или критерий χ^2 . Для сравнения средних величин был применен непарный t-тест с поправкой Стьюдента для малых выборок. Р-значение < 0,05 считалось статистически значимым.

Результаты

Всего в исследование было включено 143 пациента (83 и 60 — в группе «холодной» эксцизии и электроэксцизии, соответственно). Средний возраст пациентов в обеих группах составил 61,4 года. При сравнении двух групп значимых различий по возрасту пациентов не получено ($p=0.871$). В обеих группах в большинстве случаев ($n=119/83,2\%$) подготовка кишечника была расценена, как хорошая и отличная (80/55,9 % и 39/27,3 %, соответственно, $p=0.224$). Общее количество удаленных образований составило 300 (150 образований в каждой из групп). Значимых различий в локализации выявленных образований в сравниваемых группах не отмечено ($p>0.05$), преимущественно они локализовались в восходящей и поперечно-ободочной кишке (87/29 % и 73/24,3 %, соответственно). Все полипы были распределены в 3 группы в зависимости от их размера: < 0,5 см (26,7 %), 0,5–0,9 см (61 %), 1–2 см (12,3 %). Средний размер полипов в обеих группах достоверно не отличался и составил $0,6 \pm 0,29$ мм ($p>0.05$). По макроскопическому строению 221 образование (73,7 %) было уплощенным (0-Is) и 79 (26,3 %) — плоскими (0-IIa). Показатели применения подслизистой инъекции достоверно отличались в обеих группах и составили в 1-й группе — 6/4 %, во 2-й — 39/26 % ($p<0,001$). Успех извлечения удаленных полипов превалировал в группе «холодной» эксцизии и составил 73,3 % против 60,7 % в группе «электроэксцизии» ($p=0.06$). При гистологическом исследовании большинство удаленных образований имели

строение тубулярных аденом со слабой дисплазией эпителия (74,2 %) и, в меньшей степени, зубчатых образований (13,4 % случаев). Следует отметить, что 3 (3,3 %) образования, удаленные методикой электроэксцизии, морфологически оценить не удалось из-за выраженной деформации термовоздействием.

В группе «холодной» эксцизии в 16 случаях (10,7 %) отмечалась минимальная диффузная кровоточивость из ложа удаленного полипа, в 15 случаях (10 %) не требующая проведения эндоскопического гемостаза, а в 1 случае (0,7 %), при удалении полипа размерами 1,0 см, успешно остановленная орошением гемостатическим раствором «Гемоблок» (10 мл). В группе электроэксцизии в одном случае (0,7 %) отмечалось интраоперационное кровотечение, остановленное клипированием. При удалении полипов методикой «холодной» эксцизии случаев отсроченного кровотечения не было, в то время как в группе электроэксцизии в 1 случае (0,7 %) было зафиксировано кровотечение, развившееся на вторые сутки после полипэктомии образования слепой кишки размерами 1,0 см в диаметре и успешно остановленное эндоскопическим клипированием. Других осложнений (перфорация, посткоагуляционный синдром) ни в одной из групп зафиксировано не было.

Выводы

1. «Холодная» эксцизия может являться методикой выбора удаления полипов толстой кишки на широких основаниях размерами до 2,0 см.
2. Прецизионная оценка краев раневой поверхности затруднительна при удалении полипов методикой электроэксцизии из-за образующегося струпа.
3. Размер удаляемых полипов не влияет на развитие интраоперационного кровотечения при удалении «холодной» эксцизией.
4. Использование подслизистой инъекции достоверно чаще необходимо при удалении полипов методикой электроэксцизии.
5. Маленький размер полипов, а также недостаточная подготовка кишки являются факторами риска неудачного их извлечения.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «МАЛООБЪЕМНОГО» ПРЕПАРАТА ДЛЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

Семочкина Е. В.¹, ст. медицинская сестра эндоскопического отделения
Котовский А. Е.², проф. кафедры МГМУ
Глебов К. Г.¹, д. м. н., зав. эндоскопическим отделением
¹15 ГКБ имени О. М. Филатова
²Первый МГМУ имени И. М. Сеченова

г. Москва



■ Семочкина Е. В.

■ Котовский А. Е.

■ Глебов К. Г.

Эндоскопическое исследование толстой кишки (колоноскопия) входит в стандарт обследования больных после 50 лет, являясь одним из самых достоверных и информативных методов, обеспечивающих не только диагностику, но и возможность проведения эндоскопического лечения. Успех выполнения колоноскопии напрямую зависят от адекватной подготовки толстой кишки к исследованию, ее качественному очищению, т.к. оценка состояния слизистой оболочки кишки, частота выявления патологических изменений возможна только при полной визуализации всех ее отделов и структур.

Подготовка толстой кишки к эндоскопическому исследованию состоит из комплекса мероприятий, направленных на очищение всех ее отделов от кишечного содержимого и тщательное отмывание слизистой оболочки от всех наложений.

Существует большое количество препаратов для подготовки к плановой колоноскопии, которые отличаются по фармакологическому действию, способу применения, а также органолептическим свойствам.

В настоящее время одним из современных препаратов в группе очищающих толстый кишечник веществ является «Эзиклен», относящийся к осмотическим слабительным на основе сульфатов. Препарат отвечает всем необходимым требованиям к местной подготовке толстой кишки перед исследованием: эффективен (надежно и полноценно опорожняет толстый кишечник от каловых масс и остаточной жидкости), не дает искажений визуального изображения на мониторе, не ограничивает использование специальных средств эндоскопической диагностики и лечения, не приводит к изменениям слизистой оболочки толстой кишки и не усугубляет тяжесть

заболевания кишечника, не приводит к нарушению водно-электролитного баланса и не дает побочных эффектов со стороны других органов и систем. При этом применение препарата не вызывает чувства дискомфорта у пациентов, не требует специальных условий, предполагает возможность подготовки в домашних условиях, которая осуществляется быстро, т.е. имеет короткий (не более суток) период подготовки.

При сравнительной оценке «Эзиклена» с аналогами, включая «Фортранс», который производится той же фирмой-производителем отмечено важное достоинство «Эзиклена» — это «малообъемный» препарат с приятным вкусом, удобный и комфортный в применении, позволяющий за короткое время (4 часа) подготовить кишечник к исследованию, как одновременно (прием за 1 день), так дробно (прием за 2 дня). Полученный раствор «Эзиклена» принимается медленно (500 мл в течение 1 часа), что также способствует легкой переносимости его при подготовке.

По данным Michai F et al. (2017) при использовании «Эзиклена» у 90 % пациентов отсутствовали каловые массы во всех отделах толстой кишки, при этом наиболее хорошие результаты подготовки кишки получены у уровня нисходящей и сигмовидной кишки. Di Palma J.A. et al. (2009) ни у одного пациента, который прошел подготовку препаратом «Эзиклен» не было отмечено никаких клинически значимых явлений, связанных с приемом этого препарата.

Таким образом, препарат «Эзиклен» можно рассматривать как эволюцию в подготовке толстого кишечника к эндоскопическим исследованиям, основными преимуществами которого в сравнении с аналогами являются сочетание его «малообъемного» характера с высоким качеством очистки, удобный прием и оптимальный профиль безопасности.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ТРАКЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДИСЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ (ESD)

ПО ПОВОДУ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Смирнов А. А., к. м. н., рук. отдела эндоскопии;
Блинов Е. В., врач-эндоскопист; Саадулаева М. М. врач-эндоскопист;
Блинова Е. В., Бураков А. Н.
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»

г. Санкт-Петербург



■ Смирнов А. А.

Введение

Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) играет важную роль в лечении эпителиальных новообразований толстой кишки с выраженным экзофитным компонентом и большой площади, в связи с тем, что по данным литературы имеет значительно меньший процент местных рецидивов по сравнению с фрагментарной резекцией слизистой. 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), осложненного анамнеза (ранее выполненные попытки удаления новообразования), выраженного интраоперационного отека при выполнении вмешательства в слепой кишке. 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 тракции удаляемого лоскута.

Материалы и методы

За период с апреля 2016 года по февраль 2019 года в нашей клинике было выполнено 412 эндоскопических диссекций в подслизистом слое во всех отделах толстой кишки.

Из них:

- слепая кишка – 66 (16 %);
- восходящая кишка – 54 (13 %);
- поперечно-ободочная кишка - 45 (11 %);
- нисходящая кишка – 16 (4 %);
- сигмовидная кишка – 107 (26 %);
- прямая кишка – 124 (30 %).

Все операции начинались 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 тракции лоскута.

При расположении новообразования в восходящей или слепой кишке, в начале операции параллельно с эндоскопом проводилась эндоскопическая петля.

Метод дополнительной тракции был применен у 126 пациентов (64 мужчин, 62 женщины, средний возраст которых составлял 61 год) с образованиями различных отделов толстой кишки узлового и LST-типа, имеющими размеры от 2 до 16 см.

Использовались видеогастроскоп Pentax EG 29i10, ЭХБ Erbe 300D, FineMedics (Ю.Корея) I-тип, Q-тип, эндоскопические клипсы Olympus и Endostars, эндоскопическая электрохирургическая петля EndoFlex.

Методика

Вариант 1:

1 - тракционное устройство фиксируется как минимум в двух точках, одной из которых является край удаляемого лоскута, другой же – является точка, обеспечивающая максимальное натяжение.

2 – на край удаляемого лоскута при помощи эндоскопической клипсы фиксируется хирургическая нить, при помощи натяжения которой происходит тракция.

3 – на край удаляемого лоскута фиксируются эндоскопические щипцы или петля. Тракция происходит за счет подтягивания инструмента.

Вариант 2:

1 – эндоскопической петлей выполняется захват части удаляемого лоскута.

2 – тракция производится за счет подтягивания петли.

Результаты

Все образования были удалены методом ESD единым блоком, без осложнений. Максимальное время операции составило 480 минут, минимальное - 30 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 12 пациентов с ворсинчатыми опухолями прямой кишки (5 пациента), ректосигмоидного изгиба (2 пациент), сигмовидной кишки (4 пациента) и слепой кишки (1 пациент), что подтверждалось снижением гемоглобина в клиническом анализе крови на 1-е сутки послеоперационного периода в диапазоне от 6 до 24 г/л (в среднем на 15 г/л). Отсроченная перфорация, потребовавшая хирургического лечения была у 1 пациента с новообразованием купола слепой кишки.

Использование тракционного устройства позволяет улучшить визуализацию подслизистого слоя, формируя более тупой угол между продольной осью эндоскопа и плоскостью кишки, и за счет этого уменьшает время хирургического вмешательства и риск развития осложнений. Лучше добавить, что во всех случаях, после применения того или иного метода тракции лоскута в течении 5 минут удалось добиться появления «острого» угла между воображаемой плоскостью диссекции и осью эндоскопа.

Выводы

1. Значительные трудности при выполнении эндоскопической диссекции в подслизистом слое по поводу эпителиальных новообразований представляет прямой или тупой «углы атаки» дистального конца эндоскопа по отношению к плоскости мышечного слоя, 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 различных методик дополнительной тракцией улучшает визуализацию и позволяет сократить время хирургического вмешательства.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ЛИЧНЫЙ АНАЛИЗ ЗА 2018 ГОД

Тимошенко В. О., д. м. н., зав. эндоскопическим отделением
Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А. И. Крыжановского

г. Красноярск



■ Тимошенко В. О.

Сегодня практически всем гастроэнтерологам, колопроктологам и эндоскопистам известно, что аденомы толстой кишки являются приблизительно в 90 % случаев предшественниками колоректального рака (2,3,4). Наибольшую опасность среди них в перерождении аденомы в рак представляют «зубчатые» аденомы, на долю которых приходится до 30 %. Обнаружение и удаление, особенно, последнего типа аденом является единственным верным и правильным путем, гарантирующим пациенту жизнь. Это можно достичь только внедрением в клиническую практику программы скрининга населения по КРР на государственном уровне, который реально улучшит диагностику и лечение эпителиальных образований толстой кишки, даст экономию государственных средств по сравнению с лечением больных с запущенными формами КРР. Подобный опыт во многих развитых странах мира показал не только свою экономическую эффективность, но и привел к снижению заболеваемости, к примеру, в Соединенных Штатах на 3–4 % в год и на 30 % в первом десятилетии этого столетия в целом (1).

В ряде стран, в том числе и у нас, практикуется не государственный, общенациональный скрининг КРР, а оппортунистический, который рекомендуется врачами своим пациентам после их обращения к ним. Очень убедительно на пациента влияет следующая информация, сказанная врачом, что в возрасте 50 лет на сто осмотренных женщин и мужчин выявляются полипы толстой кишки в среднем в 15 и 25 % случаев соответственно. В шестьдесят лет эта цифра удваивается как у женщин, так и у мужчин и отмечается у 30 и 50 % обследованных пациентов соответственно, а время перерождения доброкачественной опухоли в злокачественную, в среднем составляет 3–5 лет.

Среди существующих в мире скрининговых тестов КРР, колоноскопия занимает лидирующее положение. Она доказала свою бесспорную эффективность над другими диагностическими и инструментальными методами исследования. Причем осмотр толстой кишки должен осуществляться на современном видеоэндоскопическом оборудовании, врачами подготовленными по данному профилю работы, выявляющие $ADR \geq 25$ в условиях хорошо подготовленной кишки, соответствующей по Бостонской шкале 9.

За период с января по конец декабря 2018 года мной было прооперировано 41 пациент, из них 25 амбулаторно и 16 в условиях стационара. Средний возраст амбулаторных пациентов составил 59 лет, стационарных — 64. Количество удаленных полипов у амбулаторных пациентов составило 44, стационарных — 18.

Макроскопическая оценка образований проводилась согласно Парижской эндоскопической классификации (2002). Диагностическая и лечебная эндоскопия выполнялась без инсуффляции газа CO_2 и анестезии.

Амбулаторному удалению подлежали полипы, при условии, что головка и ножка полипа были не более 3.0 см и 1.0 см соответственно (Рис. 1, 2), а также, стелющиеся аденомы до 2.0 см в диаметре (Рис. 3).

Удаление данных образований осуществлялось, как правило, без предварительного морфологического исследования опухоли при проведении первичных эндоскопических исследований, либо в последующие дни.

Перед удалением полипа обязательно проводили: изменение артериального давления, выясняли о наличии или отсутствии нарушения свертываемости системы крови, являлся ли пациент носителем кардиостимулятора.

Практически всем пациентам перед удалением опухоли под их основание вводился раствор, состоящий из Валулена 6 %, или Гемохеза-Н, индигокармина и раствора адреналина, либо вводился только последний в различных количествах от 2.0 до 1.0 мл в зависимости от размера образования и его ножки.

В условиях стационара прооперировано 16 пациентов, средний возраст их составил 64 года. В основном это были пациенты со стелющимися аденомами от 2.0 до 4.0 см. в диаметре с предварительной гистологической верификацией заболевания.

Была отмечена одна перфорация стенки кишки при подслизистой диссекции стелющейся аденомы купола слепой

кишки размерами до 4.0 см. в диаметре. В течение часа пациентка была прооперирована, выполнена секторальная резекция слепой кишки, пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, своевременная диагностика и резекция эпителиальных образований является эффективным методом профилактики колоректального рака. Большая часть опухолей может и должна выполняться в амбулаторных условиях.

Литература

1. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Douglas K. Rex, C. Richard Boland, Jason A. Dominitz, Francis M. Giardiell, and al. American J. Gastroenterol., advance online publication, 6 June 2017.
2. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. N Engl J Med 2010; 362: 1795–803.
3. Leslie A, Carey FA, Pratt NR, et al. The colorectal adenoma–carcinoma sequence. Br J Surg 2002; 89: 845–860.
4. Muto T, Bussey HJ, Morson BC. The evolution of cancer of the colon and rectum. Cancer 1975; 36: 2251–2270.

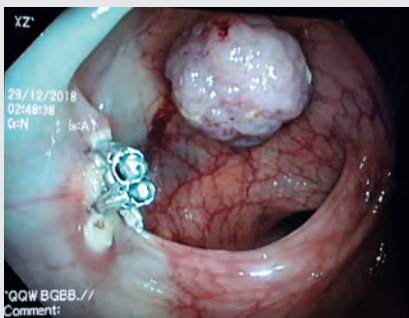


Рис. 1. Полип толстой кишки 0–1р. Состояние после полипэктомии на ножке. Края раны сведены тремя клипсами

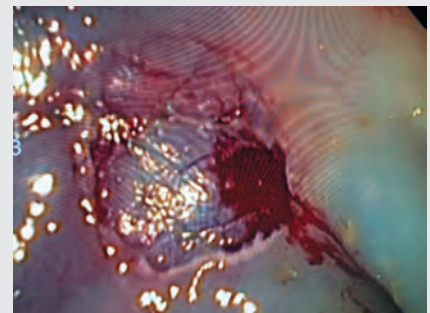
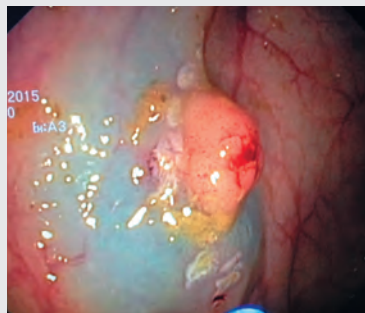


Рис. 2. Полип толстой кишки 0–1р. Этапы полипэктомии

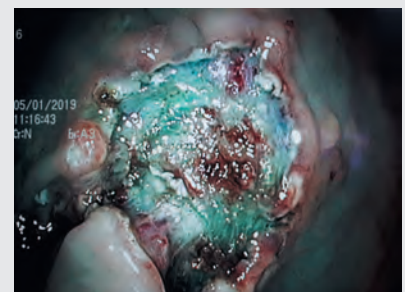
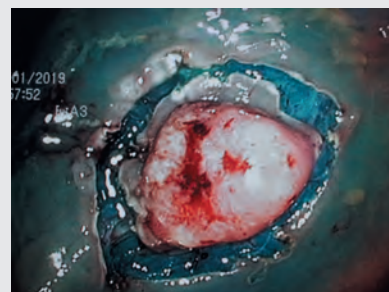
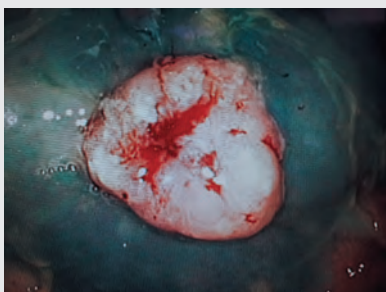


Рис. 3. Выступающий тип полипа 0–2а. Этапы электроэксцизии аденомы

ВОЗМОЖНОСТИ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ ПРИ СКРИНИНГЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Федотов Б. Л.^{1,2}, врач-эндоскопист, кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии

Лукьянчук Р. М.¹, зав. эндоскопическим отделением

Понеделков В. В.¹, врач-эндоскопист

Дрозд У. А.^{1,2}, врач-эндоскопист

¹ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова

²ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ

г. Санкт-Петербург

Введение

В настоящее время большая часть опухолей толстой кишки выявляется на поздних стадиях. Внедрение в клиническую практику новых, высокотехнологичных малоинвазивных технологий позволяет улучшить результаты диагностики новообразований, а также привлечь больше людей к скрининговому обследованию.

Объективно доказано, что только ранняя диагностика и радикальное лечение опухолей на ранних стадиях снижает смертность и увеличивает 5-летнюю выживаемость до 100 %. Эндоскопия обладает обширным комплексом методик для ранней диагностики и лечения опухолей желудочно-кишечного тракта, одной из которых является капсульная эндоскопия.

Скрининг колоректального рака — это сложное мероприятие, имеющее различные варианты его организации, требующее определенных усилий от пациентов и врачей (сбор образцов кала для определения в них скрытой крови, подготовка к проведению исследования), включающее применение седативных препаратов, требующее наличие дорогостоящего оборудования и расходного материала, помощника для проведения колоноскопии. Тесты на скрытую кровь при ранних образованиях толстой кишки часто не дают точной информации. Поэтому наиболее безопасный выбор при скрининге колоректального рака — капсульная эндоскопия.

Материалы и методы

Капсульная эндоскопия — процедура исследования кишечника с помощью миниатюрной камеры, которая, проходя по кишечнику, делает более 10000 снимков, со скоростью от 4 до 24 кадров в секунду, а затем покидает организм естественным путем. В настоящее время капсульная эндоскопия является наиболее передовым и современным методом исследования тонкой кишки, а также методом скрининга при исследовании толстой кишки.

Для пациента сама процедура не доставляет дискомфорта, размер капсулы которую нужно проглотить в начале процедуры составляет 24x11 мм. В день исследования пациент может заниматься своими обычными делами, за исключением посещения бассейна или сауны, а также активных занятий спортом при которых записывающее оборудование может быть повреждено.

Само записывающее оборудование представляет собой пояс с датчиками и сам ресивер, переносимый в специальной сумочке на плече. Пояс и сумочка подгоняются по размеру под индивидуальные особенности тела пациента.

Показаниями к капсульному исследованию толстой кишки могут являться подозрения на опухолевое поражение толстой кишки, положительный тест кала на скрытую кровь, возраст пациента старше 50 лет. Обращаясь к европейским рекомендациям ESGE по капсульной эндоскопии можно увидеть, что для обследования толстой кишки пациенту должна быть назначена колоноскопия. Однако, в современных реалиях, большинство пациентов без жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не обращаются к врачу для эндоскопического обследования. Такая же картина наблюдается среди медицинских работников. Причин для такого поведения может быть несколько, начиная от недостатка личного времени, заканчивая страхом перед самой процедурой или внутривенным наркозом при ее проведении.

Результаты

Учитывая вышеуказанные факты, мы приняли решение о запуске пилотного проекта по скрининговому обследованию толстой кишки среди медицинских работников, поскольку выполнение капсульной эндоскопии переносится проще и может быть выполнено без отрыва от рабочего процесса. За 2017–2018 годы мы выполнили 67 капсульных исследований толстой кишки медицинским работникам которым ранее не выполнялась колоноскопия. Тотальное исследование толстой кишки было выполнено у 58 пациентов (87 %). Среди пациентов с тотальной капсульной колоноскопией было выявлено 2 злокачественных опухоли сигмовидной кишки (3,5 %), пациенты были направлены на хирургическое лечение. Эпителиальные неоплазии толстой кишки были выявлены у 11 пациентов (19 %). Вышеупомянутые находки способствовали выполнению видеокколоноскопии с эндоскопической полипэктомией у данной группы пациентов. Пациентам с незаконченным капсульным обследованием толстой кишки была рекомендована видеокколоноскопия. При выполнении капсульной колоноскопии осложнений исследования встречено не было.

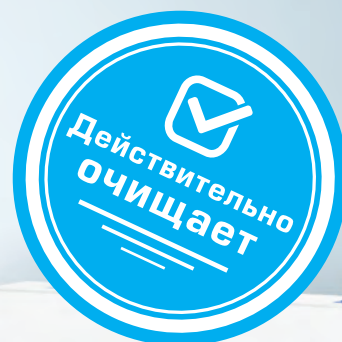
Выводы

1. Капсульная эндоскопия толстой кишки при должной подготовке может быть использована для обследования, в случаях когда выполнение колоноскопии невозможно;
2. Выполнение капсульной толстокишечной эндоскопии помогает убедить пациента в необходимости выполнения видеокколоноскопии;
3. Капсульная эндоскопия — безопасный метод скрининга колоректального рака.

МОВИПРЕП®

ОТЛИЧНАЯ ВИДИМОСТЬ —
ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ

- ✓ Эффективная подготовка к операциям и диагностическим исследованиям¹⁻⁵
- ✓ Благоприятный профиль безопасности¹⁻⁴
- ✓ Оптимальный объём раствора для приёма²⁻³



Сокращённая инструкция по применению

Торговое наименование препарата: МОВИПРЕП® (MOVIPREP®).

Международное непатентованное наименование: —

Лекарственная форма: порошок для приготовления раствора для приёма внутрь.

Действующие вещества: макрогол-3350, натрия сульфат безводный, натрия хлорид, калия хлорид, аскорбиновая кислота, натрия аскорбат.

Показания к применению: подготовка к диагностическим исследованиям и оперативным вмешательствам, требующим опорожнения кишечника.

Противопоказания. Гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; нарушение опорожнения желудка (гастропарез); кишечная непроходимость; перфорация или риск перфорации органов желудочно-кишечного тракта; фенилкетонурия; дефицит глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы; токсический мегаколон, являющийся осложнением тяжёлых воспалительных заболеваний кишечника, включая болезнь Крона и язвенный колит; возраст до 18 лет; бессознательное состояние.

Способ применения и дозы. Внутрь. Вне зависимости от веса пациента общая доза препарата МОВИПРЕП® для качественной очистки кишечника составляет 2 литра раствора препарата. Для приготовления одного литра раствора препарата необходимо содержимое одного саше А и одного саше Б полностью растворить в небольшом количестве питьевой негазированной воды комнатной температуры, довести объём раствора водой до 1 литра и перемешать. Для приготовления второго литра раствора препарата повторяют алгоритм приготовления, используя оставшиеся саше А и саше Б. Приготовленный раствор следует выпить в течение 1-2 часов. Во время приёма препарата

МОВИПРЕП® настоятельно рекомендуется дополнительно употребить 1 литр другой жидкости. Не следует употреблять твёрдую пищу с начала приёма раствора препарата МОВИПРЕП® и до окончания диагностического исследования или оперативного вмешательства.

Побочное действие. Диарея является ожидаемым эффектом при подготовке кишечника. Из-за характера действия препарата во время подготовки кишечника к процедуре нежелательные эффекты отмечаются у большинства пациентов. Несмотря на некоторые отличия в конкретных случаях, самыми распространёнными нежелательными эффектами для макрогол-содержащего препарата являются: тошнота, рвота, вздутие живота, боль в животе, раздражение в области ануса и нарушения сна. В результате диареи и/или рвоты может развиваться дегидратация. Как и при приеме других продуктов, в состав которых входит макрогол, возможны различные аллергические реакции, включая сыпь, крапивницу, зуд, диспноэ, отёк Квинке и анафилактический шок. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению.**

С осторожностью: нарушенный рвотный рефлекс, склонность к аспирации или регургитации; нарушения сознания; дегидратация; тяжёлая сердечная недостаточность; тяжёлая почечная недостаточность; острые воспалительные заболевания кишечника тяжёлой степени; боль в животе неясной этиологии, риск аритмии у пациентов, получающих лечение по поводу сердечно-сосудистых заболеваний или имеющих заболевания щитовидной железы. Если у Вас одно из перечисленных заболеваний, перед приемом препарата МОВИПРЕП® обязательно проконсультируйтесь с врачом.

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата МОВИПРЕП®. Пер. уд. ЛП-002630. 2. Ell C. et al. Randomized Trial of Low-Volume PEG Solution Versus Standard PEG + Electrolytes for Bowel Cleansing Before Colonoscopy. Am J Gastroenter. 2008 Apr; 103(4):883-893. 3. Ponchon T. et al. A low-volume polyethylene glycol plus ascorbate solution for bowel cleansing prior to colonoscopy: The NORMO randomised clinical trial. Digestive and Liver Disease 45 (2013) 820-826. 4. Qingsong Xie et al. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Low-Volume Polyethylene Glycol plus Ascorbic Acid versus Standard-Volume Polyethylene Glycol Solution as Bowel Preparations for Colonoscopy. PLOS ONE www.plosone.org 5 June 2014 Volume 9 Issue 6 e99092. 5. Lauridsen C. et al. Comparison of the diagnostic performance of CT colonography interpreted by radiologists and radiographers Insights Imaging (2013) 4:491-497.

Информация для специалистов здравоохранения

МОВИПРЕП® - зарегистрированный товарный знак группы компаний «Норджин».

Претензии потребителей направлять по адресу: ООО «Тakeda Фармасьютикалс», ул. Усачёва, д. 2, стр. 1, г. Москва, 119048.

Телефон: +7 495 933-55-11, факс: +7 495 502-16-25. Электронная почта: russia@takeda.com, адрес в Интернете: www.takeda.com.ru

Дата выпуска материала: март 2019 г.



фортранс®

**Двухэтапная схема ПЭГ 4000 (2л + 2л) —
международный 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



Пер. уд. П №014306/01 от 17.06.07

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Информация о лекарственном средстве предоставляется медицинским работникам в соответствии с пп. 4 ст. 74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для информирования пациентов об аналогичных лекарственных средствах (по материалам медицинских работников или материалам, предоставляемым медицинскими работниками пациентам). Имеются противопоказания. Перед использованием следует ознакомиться с инструкцией или обратиться за консультацией к специалисту. ООО «Ипсен»: 109147, г. Москва, ул. Таганская, д. 17–23, этаж 2, ком. 10–27, 30–39, 4/1–14, тел.: +7 (495) 258-54-00; факс: +7 (495) 258-54-01. www.ipсен.ru. Служба медицинской поддержки по препаратам компании Ипсен (в рамках инструкции по применению): тел.: 8 (800) 700-40-25 (бесплатный номер телефона по всей Российской Федерации); электронная почта: Medical.Information.Russia.CIS@ipсен.com. Контакты для информации о нежелательных явлениях/реакции, претензиях на качество продуктов компании: +7 (916) 999-30-28 (круглосуточно), электронная почта: pharmacovigilance.russia@ipсен.com.

 **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 split-dose PEG bowel preparation determines satisfactory bowel preparation quality: an observational. *Gastrointest Endosc*. 2012 Mar;75(3):583-90.

RUS.FTR.03.02.2015



актуальные вопросы
эндоскопии
Санкт-Петербург

ДЕТСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ

10-я Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

«Педиатрия – 31.05.02» – специалитет
(очная форма обучения 6 лет)
«Лечебное дело – 31.05.01» – специалитет
(очная форма обучения 6 лет)
«Стоматология – 31.05.03» – специалитет
(очная форма обучения 5 лет)
«Медико-профилактическое дело – 32.05.01» –
специалитет (очная форма обучения 6 лет)
«Медицинская биофизика – 30.05.02» – специалитет
(очная форма обучения 6 лет)

«Клиническая психология – 37.05.01» – специалитет
(очная форма обучения 5.5 лет)
«Специальное (дефектологическое) образование –
44.03.03» – бакалавриат (очная форма обучения 4 года)
«Сестринское дело – 34.03.01» – бакалавриат
(очная форма обучения 4 года)
«Общественное здравоохранение – 32.04.01» –
магистратура (очная форма обучения 2 года)
«Специальное (дефектологическое) образование –
44.04.03» – магистратура (очная форма обучения 2 года)

ПОСТДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И КУРСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Постдипломное обучение в Педиатрическом университете направлено на повышение квалификации и подготовку высококлассных специалистов узкого профиля. Курсы повышения квалификации для врачей проводятся по 67 специальностям. Обучение на циклах повышения квалификации возможно **в очной и очно-дистанционной** форме.

Некоторые программы повышения квалификации врачей

Врачам по специальности «Гастроэнтерология», «Эндоскопия», «Хирургия», «Оториноларингология»

- ✓ Актуальные вопросы гастроэнтерологии и эндоскопии
- ✓ Эндоскопия
- ✓ Гастроинтестинальная эндоскопия
- ✓ Диагностика и лечение ахалазии кардии
- ✓ Диагностика и лечение дивертикула Ценкера
- ✓ Эндоскопическая диагностика и лечение врожденной патологии гортани у детей

Врачам по специальности «Гастроэнтерология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология», «Педиатрия»

- ✓ Гепатология детского возраста
- ✓ Заболевания кишечника у детей
- ✓ Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Врачам по специальностям «Хирургия», «Онкология»:

- ✓ Узловые формы зоба
- ✓ Рак щитовидной железы: современные тенденции в лечении
- ✓ Диффузный токсический зоб

Врачам по специальности «Травматология и ортопедия», «Неврология»

- ✓ Применение ботулотоксинов типа А у детей с детским церебральным параличом под контролем ЭНМГ
- ✓ Применение ботулотоксинов типа А у детей с детским церебральным параличом под контролем УЗИ

С полным списком циклов можно ознакомиться на сайте Университета www.gpmu.org



194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2; тел.: (812) 295-06-46, факс: (812) 295-40-85

Приемная комиссия: priem@gpma.ru; +7 (812) 542-08-28 (с 16.06.17). Последипломное образование:
+7 (812) 416-52-25; gpmafpk@mail.ru; +7 (812) 416-53-06; 416-54-71; imenshakova@mail.ru.

www.gpmu.org

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИЛАТАЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

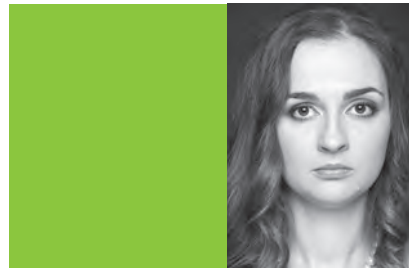
Аникина М. С., врач-эндоскопист эндоскопического отделения ГБУЗ НСО «ГНОКБ»
Дробязгин Е. А., д. м. н., профессор кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ, торакальный хирург, заведующий эндоскопического отделения ГБУЗ НСО «ГНОКБ»
Чикинев Ю. В., д. м. н., проф., зав. кафедрой госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета, торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ»

г. Новосибирск

Доброкачественные стенозы остаются одним из самых распространенных заболеваний пищевода у детей. Эндоскопические методы дилатации являются ведущими в лечении данной группы пациентов, полностью отвечая принципу органосохранения.

В эндоскопическом отделении ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» с 2012 по 2018 год проведено 462 курса бужирования доброкачественных стенозов пищевода у 56 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Мальчиков было 32, девочек 24. В большинстве случаев — 42(75 %) рубцовый стеноз пищевода развился в результате химического ожога: концентрированными щелочами у 24(43 %), уксусной кислотой 15(26 %), другими повреждающими факторами (самогон, перманганат калия и ожог после проглатывания батареек) по 1(1,7 %). Пептическая стриктура нижней трети пищевода была у 1(1,7 %) пациента. Этиологию продленного стеноза пищевода не удалось определить у 1(1,7 %) пациента. Врожденный стеноз пищевода был в 2(3,5 %) наблюдениях. Стенозы пищеводных анастомозов наблюдались у 10(18 %) детей, из которых стенозы эзофагоэзофагоанастомозов, наложенных по поводу атрезии пищевода, были у 8(14 %), а стенозы эзофагоколоанастомоза и эзофагогастроанастомоза после эзофагопластики у 2(3,5 %) пациентов. За оцениваемый период времени впервые возникшие стенозы пищевода были у 39 (70 %) пациентов. 17 пациентов продолжали наблюдение.

Перед первым курсом эндоскопической дилатации всем пациентам была выполнена рентгеноскопия пищевода с водорастворимым контрастом. Все эндоскопические манипуляции проводились под общим обезболиванием. Парк использовавшейся аппаратуры включал: педиатрический гастроскоп OLYMPUS GIF XPE (диаметр 7.9мм, канал 2.0мм, рабочая длина 1025мм); среднекалиберный видеогастроскоп OLYMPUS GIF-V70 (диаметр рабочей части 9.2 мм, диаметр инструментального канала 2.8 мм, длина рабочей части 1030 мм); бронхофиброскоп OLYMPUS BF-1T 60 (диаметр 6,0 мм, канал 3.0 мм, длина рабочей части 600мм). В большинстве случаев через инструментальный канал эндоскопа за зону стеноза устанавливалась жесткая струна-проводник (Рис. 1). Затем по струне проводились полые бужи не более 3 за один сеанс. Курс бужирования завершался после проведения бужа, диаметр которого соответствовал возрастной



Аникина М. С.

норме диаметра пищевода. 4 пациентам была проведена баллонная гидродилатация стриктур пищевода или пищеводных анастомозов, но данный метод не получил распространения в нашей клинике, так как мы не выявили существенной разницы между бужированием по струне и гидродилатацией. До 2018 года все курсы бужирования проводились с интервалом 3-6-12 месяцев или раньше в случае появления дисфагии. При таком подходе удалось добиться стойкого увеличения диаметра пищевода более 10–15 мм и отсутствия дисфагии у 27 из 39 первичных пациентов (сроки наблюдения от 6 месяцев до 3 лет). Наилучших результатов удалось добиться у пациентов с короткими (до 3 см) рубцовыми стенозами пищевода после химического ожога кислотой — 12(30 %), стенозов анастомозов — 9(23 %) и проглатывания батареек — 1(2,5 %).

Для этого потребовалось от 1 до 18 курсов бужирования, при этом каждый курс мог включать до 7–10 сеансов бужирования (медиана 3) с интервалом в 2 дня. Так же хорошие и удовлетворительные результаты лечения были достигнуты у пациентов со сложными стенозами пищевода после ожогов концентрированными щелочами — 5(12 %) и рефрактерным стенозом эзофагоэзофагоанастомоза — 1(2,5 %), но для этого потребовалось большее количество (до 36) курсов бужирования. Однако в 2018 году была выделена группа из 9(23 %) пациентов с рефрактерными продленными или сложными стенозами пищевода после химического ожога концентрированными щелочами с давностью наблюдения от 1 до 5 лет. У этих пациентов наблюдались выраженные ретензии (2–4 мм) в сроки от 30 дней, что требовало не менее 4 сеансов бужирования на курс, и было сопряжено с высокой травматизацией слизистой пищевода в зоне стеноза, сопровождающейся

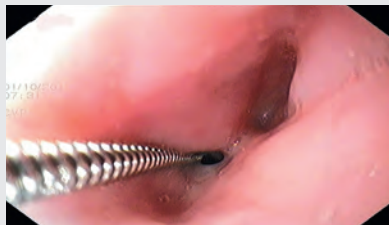


Рис. 1. Проведение струны-проводника за зону стеноза

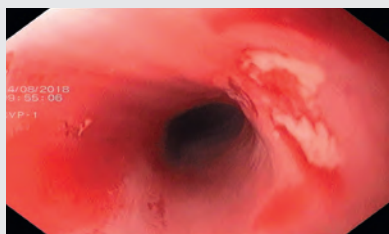


Рис. 2. Эндоскопическая картина зоны стеноза после бужирования

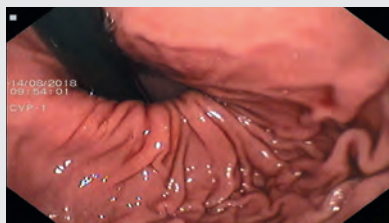


Рис. 3. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

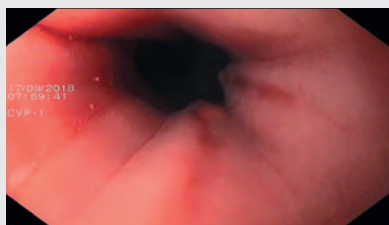


Рис. 4. Эпителизированные эрозии нижней трети пищевода

одинофагией (Рис. 2) Нарушения прохождения пищи и частые длительные госпитализации препятствовали адаптации этих детей в учреждениях образования (дошкольного возраста 6, младшего школьного 2). Данным пациентам интервалы между курсами бужирования были уменьшены до 18–21 дней, а целевой диаметр составил минимально 11 мм. Таким образом стало возможным проведение курса бужирования за 1 сеанс, что позволило сократить сроки госпитализации, уменьшить выраженность эзофэгита в зоне стеноза, давало хороший непосредственный функциональный результат в виде отсутствия дисфагии и было сопряжено с менее выраженным рестенозом. При стойком увеличении просвета пищевода до 10 мм (проходим для среднекалиберного гастроскопа), интервалы между бужированиями последовательно увеличивались на 7 дней.

Так же у 7 из этих детей имелись признаки эрозивно-рефлюкс-эзофэгита и/или грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (Рис. 3). Им был назначен восьминедельный курс ингибиторов протонной помпы (лансопризол), на фоне которого наблюдалась эпителизация эрозий (Рис. 4) и снижалась выраженность рестенозирования, однако эффект был не стойкий, отмечалась некоторая отрицательная динамика со стороны диаметра стеноза и рецидив эрозивного рефлюкс-эзофэгита в сроки от 28 дней после отмены препарата. У одного ребенка со сложным стенозом пищевода с рубцами в виде складок, псевдодивертикулами и эксцентричным щелевидным входом в инфрастенотический отдел (давность 5 лет) было проведено рассечение рубцов при помощи Q-knife с последующим стойким увеличением просвета с 4 до 8 мм. На фоне проведенного лечения у всех пациентов из группы рефрактерных стенозов отмечалось улучшение. Удалось увеличить интервалы между бужированиями до 30–35 дней у 3 пациентов, 45–50 дней — у 4, и более 60 дней у 1. Все пациенты могли посещать детские сады или общеобразовательные школы.

За период наблюдения произошла 1 микроперфорация пищевода, пациентка пролечена консервативно, после чего курсы бужирования были продолжены. У 1 пациента после бужирования продленного стеноза нижней трети пищевода неизвестной этиологии развилось кровотечение, остановленное консервативно. У этого пациента эндоскопическое лечение было признано нецелесообразным в связи с тяжелым соматическим статусом и выраженным неврологическим дефицитом, обусловленными множественными пороками развития. В остальных случаях удалось сохранить пероральное питание. Летальности, связанной с эндоскопической дилатацией доброкачественных стенозов у детей не было.

Заключение

Эндоскопические методы дилатации пищевода у детей остаются основными в лечении доброкачественных стенозов, являются эффективными и безопасными. Кратность и продолжительность курсов бужирования может варьировать исходя из индивидуальных особенностей течения заболевания. Следует рассматривать необходимость назначения ингибиторов протонной помпы всем детям с рефрактерными стенозами пищевода, однако продолжительность лечения требует дальнейшего изучения.

КОЛОНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Аникина М. С.¹, Дробязгин Е. А.¹, Колотова Е. В.²

¹ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

²ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России

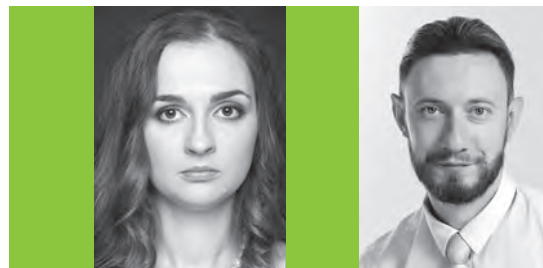
г. Новосибирск

Колоноскопия в педиатрической практике была введена чуть позже, чем эзофагогастродуоденоскопия. Ее история, согласно литературным данным, начинается с конца 1970х годов. На сегодняшний день колоноскопия является важным методом диагностики и лечения заболеваний толстой и прямой кишки у детей.

В эндоскопическом отделении ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» за период с 2013 по 2018 год проведено 146 колоноскопий у детей. Отмечался неуклонный рост числа пациентов, направленных педиатрической клиникой на колоноскопию. Если в период с 2013 по 2015 год их количество было от 11 до 19, то с 2016 по 2018 год оно возросло до 32–40 пациентов в год. При этом доля педиатрических колоноскопий не превышает 10 % всех колоноскопий, проведенных в нашем отделении. Большинство колоноскопий у детей были проведены врачами-эндоскопистами высшей квалификационной категории, выполняющими более 700 колоноскопий в год. Для проведения исследований использовались видеокколоноскопы OLYMPUS CF-Q150 (диаметр 12,8 мм и рабочая длина 1680 мм, диаметр гибкого участка 12,8 мм, диаметр инструментального канала 3,7 мм) или фиброколоноскоп OLYMPUS PCF-20 (диаметр 11,2 мм и рабочая длина 1680 мм, диаметр гибкого участка 11,2 мм, диаметр инструментального канала 2,8 мм). Все колоноскопии у детей проводились с анестезиологическим пособием. Среднее время, затраченное на исследование, составило 30,5 минут.

Распределение пациентов по полу было следующим: мальчиков 85 (58 %), девочек — 61 (42 %). Возраст пациентов варьировал от 3 месяцев до 15 лет, мода — 15 лет. Из них детей до года было 4 (3 %), раннего возраста (от 1 до 3 лет) — 22 (15 %), дошкольного возраста (от 4 до 6 лет) — 25 (17 %), младшего школьного возраста (от 7 до 11 лет) — 35 (24 %) и подросткового возраста (12–15 лет) — 60 (41 %).

Наиболее распространенными показаниями к колоноскопии у детей были выявление и контроль лечения ХВЗК в 49 (33,5 %) случаях, гематохезия — 29 (20 %), подозрение на неоплазии толстой и прямой кишки — 21 (14 %) и хроническая диарея — 15 (10 %). Скрининг пациентов с семейным аденоматозным полипозом (САП) был проведен в 8 (5,5 %) случаях, инвагинация послужила показанием к колоноскопии у 6 (4,1 %) пациентов, а выявление причинно-обусловленных колитов — у 5 (3,4 %).



■ Аникина М. С.

■ Дробязгин Е. А.

Прочие показания (констипация, обследование перед трансплантацией печени и почек, анемический синдром, новообразования органов малого таза и др.) были у 13 (9,5 %) пациентов.

Колоноскопия не выявила патологических изменений у 61 (42 %) пациентов. Хронические воспалительные заболевания кишечника были у 28 (19 %) пациентов, из которых у 18 (12 %) представлены язвенным колитом (Рис. 1), и 10 (7 %) — болезнью Крона. Лимфоидная гиперплазия слизистой подвздошной и/или толстой и прямой кишки была выявлена у 18 (12 %) пациентов. САП выявлен у 4 (2,7 %) больных, послеоперационные изменения толстой кишки и эпителиальные неоплазии, не связанные с САП, встретились в одинаковом количестве случаев — по 6 (4 %). Псевдомембранозный колит был выявлен у 1 (0,6 %) пациента, катаральный и геморрагический колиты в равном количестве случаев, по 3 (2 %) и эрозивный колит — у 2 (1,3 %) детей (Рис. 2). Деформация различных отделов толстой кишки была обнаружена у 3 (2 %) пациентов. Так же был выявлен 1 (0,6 %) случай энтеробиоза и 1 (0,6 %) случай дивертикулеза толстой кишки. Исключить кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта удалось у 20 (13,6 %) пациентов, причиной кровотечения у 3 (2 %) больных был геморрагический колит, у 4 (2,7 %) — полип прямой кишки.

Терапевтическая колоноскопия была проведена у 1 (9 %) пациентов. Удаление эпителиальных неоплазий было выполнено во всех 6 случаях. Эпителиальное образование было расположено в прямой кишке у 5 (3,4 %) детей, и в сигмовидной у 1 (0,6 %). В трех наблюдениях образования были полиповидной формы на ножке (0-1p тип по Парижской классификации эпителиальных неоплазий), и были удалены методом петлевой электроэксцизии (Рис. 3, 4).

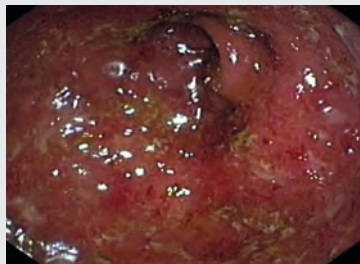


Рис. 1. Язвенный колит у мальчика 15 лет

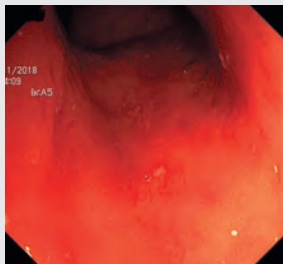


Рис. 2. Эрозия прямой кишки у пациентки 3 лет

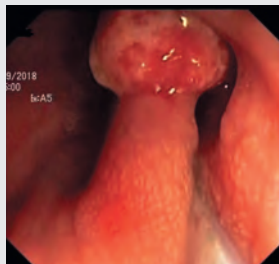


Рис. 3. Эпителиальное образование 0-1r типа прямой кишки у мальчика 3 лет



Рис. 4. Тот же пациент, состояние после петлевой электроэксцизии

Полипвидные образования на широком основании (0-1s тип) были удалены методом эндоскопической резекции слизистой. Эндоскопическая консервативная дезинвагинация успешно проведена у всех 6 пациентов с инвагинацией кишечника. Данное вмешательство проводится исключительно в педиатрической практике у пациентов раннего возраста. У 1(0,6 %) пациента было извлечено инородное тело (плоская батарейка) из терминального отдела подвздошной кишки. Осложнений как диагностических, так и терапевтических колоноскопий у детей не было. Но в 18(12 %) случаях колоноскопия была неинформативна из-за плохой подготовки.

Выполнить тотальную колоноскопию удалось в 100 (68,5 %) случаях, при этом интубация купола слепой кишки была проведена у 53(36 %) пациентов, а терминального отдела подвздошной кишки у 47(32 %). У 7(4,8 %) пациентов аппарат не удалось провести дальше печеночного изгиба, и селезеночного изгиба — у 11(68,7 %). Уровень прохождения толстой кишки был ограничен сигмовидной кишкой у 23(15,8 %) детей. Только у 5(3,4 %) пациентов неполная колоноскопия была связана с анатомическими особенностями. Во всех остальных случаях причинами неполного прохождения толстой кишки стало неадекватное качество подготовки.

Подготовка детей к колоноскопии является серьезной проблемой. С 2016 года в нашем отделении стала проводиться оценка качества подготовки толстой кишки к исследованию по Бостонской шкале (BBPS). Таким образом, оценка качества подготовки проведена для 101 (69 %) колоноскопий. Считается, что для подготовки детей раннего возраста будет достаточным перевод на прием прозрачных жидкостей сроком на 12–24 часа. Однако у 9 пациентов в возрасте от 0 до 3 лет (n=14) данная подготовка была неадекватной (BBPS <6, или хотя бы один сегмент <2 баллов). Достичь отличной подготовки (BBPS 8–9 баллов) этим методом удалось только у 3 пациентов в возрасте 2 и 3 лет, а хорошей (BBPS 7 баллов) — лишь у 2 пациентов в воз-

расте 7 месяцев и 1 года. Многочисленные исследования доказали, что препараты на основе пикосульфата натрия с цитратом магния или полиэтиленгликоля с аскорбатным комплексом имеют приемлемый профиль безопасности при применении у детей, и рекомендованы, например, Европейским обществом гастроинтестинальной эндоскопии (ESGI) к применению в педиатрической практике. Но в наших условиях, согласно инструкциям по применению, назначение первого возможно только с девяти лет, а второго противопоказано лицам до 18 лет. Применение у детей невозможно и для большинства полнообъемных препаратов на основе полиэтиленгликоля, исключением является Фортранс, разрешенный с 15 лет. Таким образом, основным методом подготовки детей к колоноскопии по-прежнему остаются очистительные клизмы, что не позволяет добиться высоких результатов качества подготовки. Среди пациентов дошкольного возраста (n=12) неадекватная подготовка была у 4 пациентов, удовлетворительная у 5, отличная 3, хорошая не наблюдалась. Среди группы младшего школьного возраста (n=19) качество подготовки оценено как неадекватное у 9, удовлетворительное 6, хорошее 3, отличное — 4. Среди лиц подросткового возраста (n=41) неадекватная подготовка была у 9 пациентов, удовлетворительная у 11, хорошая у 5 и отличная у 16.

Выводы

Проведение колоноскопии возможно у всех детей, включая новорожденных, и не вызывает особой технической сложности у опытного врача-эндоскописта. Данное исследование не сопряжено с повышенным риском осложнений. Основным препятствием к выполнению качественной эндоскопии у детей являются трудности в подготовке толстой кишки к исследованию. Необходимо разработать методические рекомендации по подготовке толстой кишки к колоноскопии у детей.

ОПЫТ УДАЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО СТОЯЩЕГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА

Афони́на О. Ю., зав. эндоскопическим отделением
Миронова К. О., врач-эндоскопист эндоскопического отделения
ГУЗ УОДКБ им. политического и общественного деятеля Ю. Ф. Горячева

г. Ульяновск

Кашель — защитный механизм очищения бронхов и трахеи. Редкие кашлевые толчки физиологичны, они удаляют скопление слизи из гортани. Здоровые дети «откашливаются» 10–15 раз за день, больше утром. Различают остро возникший кашель и затяжной. Затяжной кашель (более двух недель) наблюдается достаточно часто, обычно после острого бронхита. Чаще всего он связан не с воспалительным процессом, а с гиперпродукцией мокроты. Очень важно дифференцировать кашель после перенесенной болезни и кашель, связанный с фактом дисфагии, также кашель, связанный с желудочно-пищеводным рефлюксом, при длительно текущем фарингите и назофарингите, аденоидах.

В эндоскопическое отделение ГУЗ УОДКБ обратился пациент А. двух лет с затяжным кашлем, более 3х недель. В анамнезе: после перенесенной ОРВИ без температуры в течение трех недель отмечался кашель с гиперпродукцией мокроты, больше в горизонтальном положении, по ночам, плохой аппетит, слюнотечения не отмечалось. Получал лечение ОРВИ по месту жительства: принимал таблетированные препараты, проводил ингаляции, неоднократно осмотрен педиатром, ЛОР — врачом. В процессе диагностики и лечения, наличии симптома кашля более 3х недель, рентгенологическое исследование не проводилось, анамнез был собран недостаточно. При дальнейшем обследовании в центральной районной больнице на рентгенограмме было обнаружено рентгеноконтрастное инородное тело пищевода округлой формы. В данном случае факт проглатывания инородного тела не был замечен родителями.

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 представленном наблюдении при фиброгастроскопии инородное тело не визуализировалось в виду наличия грубой деформации просвета грануляционной тканью, остат-



■ Афони́на О. Ю.

■ Миронова К. О.

ками пищи, налетами фибрина. Наличие плотного пищевого болюса не позволило увидеть инородное тело, было принято решение низвести болюс в полость желудка. При активной инсuffляции воздухом, аккуратно с помощью дистального конца эндоскопа пищевой болюс был низведен в полость желудка. При детальном осмотре большой кривизны желудка было обнаружено инородное тело черного цвета, округлой формы, с налетом фибрина, грануляционной ткани. На выходе при эзофагоскопии на границе средней и верхней трети диагностированы «зеркальные язвы» пищевода размером 1,0 см x 0,8 см, дно язв выполнено грубым налетом фибрина, гематина, просвет значительно деформирован за счет множественных грануляций. После проведенной внутрисветной манипуляции был сделан контрольный рентгенологический снимок для исключения перфорации стенки пищевода и медиастинита. На следующие сутки с помощью «сачка-ловушки» 2 рублевая монета была успешно удалена из желудка.

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

1. К группе риска по длительно стоящим инородным телам пищевода относятся дети в возрасте до 2-х лет.
2. Эндоскопический метод позволяет успешно удалять длительно стоящие инородные тела пищевода.
3. Наличие осложнений напрямую зависит от длительности стояния инородного тела и реакции «живой» ткани на инородное тело.
4. При наличии симптомов длительного влажного кашля без явлений температурной реакции организма, без эффекта от проводимого лечения, длительности болезни более 2х недель, усилении кашля в положении лежа, отсутствии проводных хрипов в трахее, в диагностическом поиске стоит задуматься о наличии выраженной рефлюксной болезни, в том числе не исключать и наличие инородного тела пищевода.

ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Афонова О.Ю., зав. эндоскопическим отделением
Миронова К.О., врач-эндоскопист эндоскопического отделения
Селифонов В.Н. зав. отделением ультразвуковой диагностики, 2 Перинатальный центр «Мама»
Неродик У.В. зав. анестезиолого-реанимационным отделением
Белов В.Г. зав. отделением ультразвуковой диагностики
ГУЗ УОДКБ имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева

г. Ульяновск

Мембрана двенадцатиперстной кишки врожденная (*membrana duodeni congenita*) - аномалия развития, обусловленная наличием в просвете двенадцатиперстной кишки (ДПК) перепонки, нарушающей пассаж кишечного содержимого. Различают полную и неполную мембрану ДПК. Наблюдается примерно в одном случае на 40 тысяч родов.

Скрининговое ультразвуковое обследование беременных женщин позволяет определить риски развития хромосомной патологии на 11–14 неделе и риски развития сочетанной аномалии желудочно-кишечного тракта, в том числе пилородуоденальной атрезии на 18–22 неделе соответственно.

При отсутствии значимых результатов при ультразвуковом антенатальном исследовании и наличии ярких клинических проявлений новорожденным проводилось постнатальное ультразвуковое исследование брюшной полости. В тех случаях, когда УЗИ не давало положительного результата, но клиника соответствовала наличию кишечной непроходимости: вздутие живота, обильная рвота. Детям была проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДФС).

В 2018 году в эндоскопическом отделении были осмотрены 45 пациентов с симптомами кишечной непроходимости без значимых результатов антенатального и постнатального ультразвукового исследования. В трех случаях были диагностированы неполные мембраны ДПК, которые располагались в нисходящей ветви ДПК в виде эксцентричной перепонки, нарушающей пассаж кишечного содержимого. У пяти пациентов сразу после рождения визуализирован пилоростеноз с выходным отверстием около 1 мм. Привратник располагался в типичном месте.

У троих детей заподозрено наличие кольцевидной поджелудочной железы как эндоскопически значимое сдавление из вне ДПК. Также определены функциональные нарушения пассажа по желудку и ДПК, рефлюксная болезнь новорожденных.

Все исследования были проведены стандартным педиатрическим эндоскопом, в условиях эндоскопического отделения и на «месте» — в палате, без медикаментозного сна. Вес пациентов от 800 до 1700 граммов. Во время проведения диагностической внутрисветовой манипуляции каких-либо нарушений со стороны витальных функций организма не было.

После ЭГДФС было проведено рентгенологическое исследование, во всех случаях наличие классических рентгенологических признаков 2-х газовых уровней свидетельствовало о высокой кишечной непроходимости. Дети были успешно прооперированы в хирургическом отделении ГУЗ УОДКБ по поводу неполных мембран ДПК, пилоростенозов, кольцевидной поджелудочной железы.

Таким образом, у новорожденных высокая кишечная непроходимость протекает в виде острого и подострого течения и проявляется различными клинико-анатомическими формами. Анатомические формы высокой кишечной непроходимости устанавливаются на основании последовательно проведенных ультразвуковых, эндоскопических и рентгенологических исследований, взаимодополняющих друг друга, что повышает их достоверность. В ряде случаев эзофагогастродуоденоскопия является наиболее достоверным методом определения формы высокой кишечной непроходимости и ее уровня. ЭГДФС может быть рекомендована как скрининг диагностики кишечной непроходимости новорожденных.

РОЛЬ КОЛОНОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Волерт Т.А., зав. операционным блоком СПб ГБУЗ ДГБ № 1, врач-эндоскопист, асс. каф. детской хирургии
Щебенков М.В. проф. каф. детской хирургии
СЗГМУ им И.И. Мечникова

г. Санкт-Петербург

По сводным данным уровень локализации инородных тел в желудочно-кишечном тракте примерно таков: пищевод — 68,4 %, желудок — 18,9 %, тонкая кишка — 7,1 %, толстая кишка — 3 %, прямая кишка — 2,6 %. В большинстве случаев (более 80 %) инородные тела кишечника выходят самопроизвольно, проходя желудочно-кишечный тракт естественным путем и не требуют вмешательства. Наиболее частые участки перфорации просвета острым инородным телом: илеоцекальный клапан, аппендикс, дивертикул Меккеля. Некоторые инородные тела могут длительно задерживаться в слепой кишке, сигмовидной или прямой кишке.

Прямой зависимости между физическими свойствами проглоченных инородных тел и выраженностью клинической картины не выявлено. Условно пациенты делятся на три группы: 1) без жалоб; 2) с жалобами на незначительные боли в брюшной полости; 3) с выраженным болевым синдромом и четкой клинической картиной «острого» живота.

Иногда клиническая картина при инородных телах кишечника не выражена и проходит под маской гастроэнтерита. Наиболее угрожаемы перфорацией кишечника мелкиемагниты, формирующие пролежни кишечной стенки. К первым симптомам, как признакам развившихся осложнений относятся жалобы на боли в животе, тошнота, рвота, снижение аппетита, субфебрилитет, слабые перитонеальные симптомы, диарея или задержка стула. Однако дети с наличием нескольких магнитов в просвете кишки могут не предъявлять жалоб. Предпосылки к возникновению осложнений при попадании магнитных инородных тел в просвет кишки: проглатывание более 1 магнита, либо магнит и металлическое инородное тело; наличие временного интервала между проглатыванием нескольких магнитов; присутствие металла или магнит в близком окружении ребенка. Из физических факторов значение имеет сила магнита, сроки попадания инородного тела в желудочно-кишечный тракт, количество магнитов. К осложнениям, вызванным инородными телами, относятся ишемия кишечника, кишечная непроходимость, в том числе заворот кишки, межкишечные свищи, перфорация и перитонит.

Инородные тела толстой и прямой кишки могут попасть в кишку естественным путем при проглатывании или восходящим путем через анус. В большинстве случаев проглоченные объекты могут быть успешно извлечены с помощью колоноскопа и петли-сачка или других захва-



Волерт Т. А.

тывающих эндоскопических щипцов. Методы удаления инородных тел толстой и прямой кишки ничем не отличаются от извлечения инородных тел из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Инородные тела, введенные через задний проход, делятся на две категории: находящиеся проксимальнее или дистальнее ректосигмоидного перехода. Клиническая картина инородного тела прямой кишки может проявляться ректальным или абдоминальным болевым синдромом, запором и задержкой мочи. Обзорная рентгенограмма брюшной полости поможет определить размер, форму и характер инородного тела и может выявить другие инородные тела.

Особенности техники удаления могут зависеть от размера, формы, консистенции и хрупкости объекта. Низколежащие объекты могут быть извлечены вручную. Общая анестезия может помочь расслабить переднюю брюшную стенку и анальный сфинктер, что значительно облегчает проведение манипуляции. Если объект не может быть захвачен и удален мануально, заведение катетера Фолея за зону стояния инородного тела с последующим раздуванием баллона и тракцией может способствовать удалению. В некоторых случаях объект может быть визуализирован с помощью ригидного ректоскопа с последующим захватом щипцами и извлечением. Необходимо соблюдать осторожность, чтобы не вытолкнуть инородное тело выше в кишку при попытке удалить его. Острые предметы, такие как стекло, не должны удаляться вслепую. Рекомендовано проводить удаление в операционной в условиях общей анестезии. Высоко расположенное инородное тело можно наблюдать в течение 24–48 часов. Если оно не выходит самостоятельно, то показано эндоскопическое удаление.

В некоторых случаях обтурация просвета кишки инородным телом или его ориентация в просвете кишки может

затруднить манипулирование. Когда эндоскопическое или ручное извлечение невозможно или в процессе удаления возникли или были выявлены признаки перфорации, то необходима лапароскопическая или лапаротомическая ревизия брюшной полости, низведение инородного тела дистальнее в прямую кишку и задний проход. Вскрытие просвета кишки возможно в случае очень крупного или множества мелких объектов.

За период с 2008 по 2018 гг в СПб ГБУЗ Детская городская больница № 1 получали лечение 25 детей с инородными телами кишечника. Двое детей, проглотившие магниты и поступившие в тяжелом состоянии с клиникой перитонита были оперированы. У 14 детей с инородными телами прямой кишки инородные тела были удалены вручную и с помощью ригидного ректоскопа. Девяти детям проводили срочную колоноскопию,

в восьми случаях инородное тело было удалено. Из удаленных инородных тел пять (батарейки, магниты, металлический шарик, сережка-гвоздик) были проглочены, а в трех случаях (у новорожденных) газоотводная трубка и ватные палочки попали в кишку через анус при попытке получить стул.

В одном случае не удалось удалить инородное тело крупных размеров, ручку от фитнес-скакалки длиной 170 мм и диаметром 30 мм, фиксированное выше ректосигмоидного перехода, пациент был оперирован.

Учитывая опыт клиники мы считаем, что удаление инородных тел толстой кишки с помощью видеокколоноскопии показано при отсутствии клинических проявлений перитонита, за исключением инородных тел прямой кишки, которые можно удалить с помощью ригидного ректоскопа.

ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ИЗ ПНЕВМАТИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Гаврилов А. М., зав.эндоскопическим отделением; Сахаров П. В. врач уролог; Войтехович Г. Ф. зам. гл. врача по хирургии; Кухтарёв А. А. зав. хирургическим отделением; Еловой М. М. врач детский хирург
УЗ «Могилёвская областная детская больница»

г. Могилёв, Республика Беларусь

Пневматическое оружие используется в различных сферах деятельности человека, таких как спорт, охота и другие. Оно характеризуется использованием сжатого воздуха для приведения в движение пули или шарика. Скорость пули из современного пневмооружия сейчас уже достигает 370 м/с. Повреждения при выстрелах с высокой начальной скоростью и значительной кинетической энергией пули имеют признаки, схожие с таковыми при огнестрельном ранении[1]. Этот тип оружия может быть классифицировано по типу механизма, приводящего в движение пулю, по типу снаряда (калибр, материал) и по начальной скорости пули или дульной энергии.

Имеет место явная недооценка опасности, которую может представлять собой пуля, выпущенная из пневматического ружья. Из публикации экспериментальных исследований DiMaio [2] пришел к выводу, что критическая скорость проникновения в кожу человека пули, выпущенной из такого оружия, составляет от 38 до 70 м/с. Чаще всего такого вида травмы происходят случайно у детей и подростков в результате неправильного использования или нарушения техники безопасности обращения с оружием, а последствия могут быть серьёзными, вплоть до летального исхода.

Так по данным O'Neill и др., большинство ранений наблюдались у детей в возрасте 12–17 лет (58,6 %). По этим данным 17 из 29 детей (56,8 %) получили серьёзные травмы, у 9 из них потребовалось оперативное лечение (31 %), 6 пациентом имели тяжелые осложнения (20,7 %), 2 случая закончилось смертью (6,9 %). В большинстве случаев имело место повреждение головы, глаз, шеи (65,6 %) [3]. Похожие результаты опубликовали авторы другого обзора. По их подсчетам глаз был мишенью у 63 % детей, голова 12 %, шея 10 %, живот 5 %, нижняя конечность 5 %, верхняя 3 % и грудная клетка 2 %. Здесь основным элементом повреждающего снаряда являлся шарик в 77 % случаев, в 23 % пневмопуля и в 3 % пуля пейнтбольного ружья, которая представляет собой желатиновый шарик около 17 мм с водорастворимой краской внутри. Средний возраст составлял 11 лет, из них у 32 % были насильственные действия, а 68 % — случайность[4]. Эти данные подтвердили авторы и обзора 2009 по 2014 гг., где описаны 43 случая ранений у детей, где средний возраст так же составил 11 лет и в 84 % это были мальчики[5].

В литературе довольно часто встречаются сообщения о проникающих ранениях брюшной полости, которые лечились как консервативно, так и оперативно. В одном описании серии случаев сообщается о 5 детях, потребовавших



Гаврилов А. М.

проведения лапаротомии[6]. Следующий обзор описывает случаи 3 детей с перфорацией кишечника и 1 случай повреждения печени с перфорацией желчного пузыря [7]. Здесь же анализируются публикации 15 случаев, где по данным обзорной рентгенограммы у 14 детей пуля располагалась в брюшной полости и в одном случае данные были сомнительные. Все 15 детей подверглись диагностической лапаротомии и в случае с сомнительными данными рентгенографии, пуля располагалась экстраперитонеально, а у 13 детей диагностированы одна и более перфорация кишечника. Последние годы всё чаще встречаются статьи, где пуля была найдена при проведении лапароскопии [8,9].

Описание случая

В приёмное отделение центральной районной больницы обратились родители с ребёнком Д. 1 год 8 месяцев. Со слов матери пневматическое ружьё стояло на улице, прислоненное к стенке сарая. Мимо бежали дети, ружьё упало и выстрелило. Пуля попала в спину. Ребёнок транспортирован в УЗ «Могилёвская областная детская больница».

При поступлении состояние стабильное, ребёнок активный, живот не вздут, мягкий, безболезненный. Локально, в левой поясничной области определяется отверстие 4x4 мм.

По данным обзорной рентгенограммы органов брюшной полости в двух проекциях в проекции желудка визуализируется рентгенконтрастное инородное тело 7x5 мм, металлической плотности с четкими контурами (Рис. 1, 2). В общем анализе крови небольшой лейкоцитоз без сдвига формулы. В общем анализе мочи белок 3,1 г/л и эритроциты, покрывающие всё поле зрения. УЗИ органов брюшной полости: признаки повреждения тканей левой почки на уровне нижнего полюса и лоханки, признаки наличия свободного газа в брюшной полости на уровне эпигастрия. РКТ брюшной полости: проникающее ранение левой почки с проникнове-



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

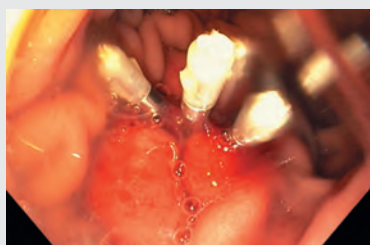


Рис. 4

нием в брюшную полость, инфильтрация паранефральной клетчатки слева, инородное тело брюшной полости.

После предоперационной подготовки ребёнок взят в операционную для проведения диагностической лапароскопии. Перед введением в наркоз произведена постановка желудочного зонда с целью аспирации возможного содержимого. Получено небольшое количество крови. Учитывая это обстоятельство вызван дежурный эндоскопист и в условиях операционной произведена видеоэзофагогастродуоденоскопия. Во время осмотра желудка обнаружена пуля, которая впоследствии извлечена. На задней стенке тела желудка было визуализировано пулевое отверстие до 4 мм в диаметре (Рис. 3). Выполнено клипирование места перфорации 3 клипсами (Рис. 4). После этого выполнена диагностическая лапароскопия, во время которой в брюшной полости обнаружено умеренное количество геморрагического содержимого и геморрагическое пропитывание паранефральной клетчатки слева, санация, дренирование брюшной полости, ПХО раны левой поясничной области.

Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж удалён на 4 сутки. Швы сняты на 7 сутки. УЗИ почек перед выпиской — без видимой патологии, анализы нормализовались.

Выводы

- пневматическое оружие представляет собой не меньшую опасность, чем огнестрельное, а последствия ранения зачастую серьёзные, вплоть до летального исхода;
- обзорная рентгенография органов брюшной полости только в двух проекциях позволяет подтвердить факт проникновения пули в брюшную полость;
- лапароскопия является методом выбора для диагностики повреждений органов брюшной полости и поиска снаряда при проникающих ранениях органов брюшной полости;
- эндоскопическое закрытие дефекта желудочной стенки при проникающем ранении пулей из пневматического оружия может рассматриваться как способ лечения.

Литература

1. Авдеев А.И. Характеристика повреждений при поражении из пневматического оружия с высокой энергией пули. Судебно-медицинская экспертиза, 5, 2013.
2. DiMaio VJ. Penetration and perforation of skin by bullets and missiles. A review of the literature. Am J Forensic Med Pathol 1981; 2: 107–110.
3. O'Neill PJ, Lumpkin MF, Clapp B, Kopelman TR, Matthews MR, Cox JC, et al. Significant pediatric morbidity and mortality from intracranial ballistic injuries caused by nonpowder gunshot wounds. Pediatr Neurosurg. 2009; 45(3):205–209.
4. Veenstra M, Prasad J, Schaewe H, Donoghue L, Langenburg S. Nonpowder firearms cause significant pediatric injuries. J Trauma Acute Care Surg. 2015; 78(6):1138–1142.
5. Freeman JJ, Bachier-Rodriguez M, Staszak J, Feliz A. A comparison between non-powder gun and powder-gun injuries in a young pediatric population. Injury. 2017; 48(9):1951–1955.
6. Bond SJ, Schnier GC, Miller FB. Air-powered guns: too much firepower to be a toy. J Trauma 1996;41:674–8.
7. DiGuilio GA, Kulick RM, Garcia VF. Penetrating abdominal air gun injuries: pitfalls in recognition and management. Ann Emerg Med 1995;26:224–8.
8. Muranyi M, Jozsa T, Benjo M, et al. Laparoscopic removal of a paracaval air gun bullet in a child. Urol Int 2012;89:246–8.
9. Oliphant Z, et al. BMJ Case Rep 2015.

ПРИЧИНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Климов А. В., зав. отделением эндоскопии
БУЗ ВО ОДКБ № 2

г. Воронеж

Геморрагическая болезнь новорожденного характеризуется самопроизвольным продолжительным кровотечением со стороны желудочно-кишечного тракта, которое появляется между 2–5 суток после рождения. Заболевание связано с дефицитом протромбина из-за недостаточности или отсутствия витамина К, который образуется в кишечнике при наличии стабилизированной бактериальной флоры. Наиболее частое клиническое проявление заболевания — мелена новорожденного. Причиной этих кровотечений чаще всего служат эрозии слизистой оболочки желудка и ДПК. Для клинической картины характерны кровавые испражнения большим количеством 3–4 раза в сутки.

Эзофагит

Наиболее частой причиной эзофагита у новорожденных и грудных детей бывает рефлюкс-эзофагит из-за регургитации желудочного содержимого. Он отмечается у детей с ахалазией, укорочением пищевода, грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Начальным симптомом бывает рвота, часто с примесью крови. Частое поступление желудочного сока в пищевод вызывает развитие в нем язв, являющихся источником кровотечения.

Гастрит — воспаление слизистой оболочки желудка. У новорожденных описан идиопатический язвенный гастрит, который быстро прогрессирует и может закончиться перфорацией стенки желудка. Наиболее вероятными причинами возникновения язвенного гастрита бывают стрессовые поражения пищеварительного тракта вследствие асфиксических или гипоксических состояний новорожденного. Можно выделить три механизма возникновения стрессовых язв желудка и желудочно-кишечных кровотечений у детей.

Во-первых, любое гипоксическое состояние новорожденного ведет к повышению уровня катехоламинов, которые вызывают сосудистый спазм и ишемию слизистой оболочки желудка. Недостаточное кровоснабжение слизистой оболочки желудка особенно опасно потому, что она подвергается действию пищеварительных соков.

Во-вторых, в стрессовом изъязвлении желудка важную роль играют глюкокортикоиды, простагландины и серотонин, уровень их при стрессе возрастает.

В-третьих, большое значение в возникновении стрессовых язвенных кровотечений имеет коагулопатия, развивающаяся особенно часто при токсических состояниях.

В периоде новорожденности в 50 % случаев язвы локализируются в желудке, в 20 % — в двенадцатиперстной кишке и в 30 % — сочетанное поражение двенадцатипер-



Климов А. В.

стной кишки и желудка, в возрасте от 2 недель до 1 года жизни язвы желудка составляют 15 %, двенадцатиперстной кишки — 56 %.

Язвенно-некротический энтероколит новорожденных

При стрессовых состояниях возникает перераспределение крови, увеличение ее объема в жизненно важных органах и уменьшение в других органах, в частности кишечника.

Макроскопически отмечается вздутие кишечника, слизистая оболочка в раннем периоде поражения выглядит резко утолщенной, темно-красного цвета в более поздних стадиях слизистая оболочка становится серо-грязной с единичными и множественными изъязвлениями.

Клинически у новорожденных обнаруживают метеоризм, срыгивание, рвоту, водянистый стул с примесью слизи, зелени и крови.

Синдром Маллори-Вейсса — это повреждение слизистой оболочки желудочно-пищеводного соединения вследствие усиленной рвоты, тупой травмы. Это заболевание редкое для детей, но может развиваться в любом возрасте. Повторяющаяся сильная рвота приводит к разрывам слизистой оболочки желудка и последующему выделению крови в рвотных массах.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы бывают двух типов: эзофагеальные, при которых вместе с кардиальным отделом желудка кверху смещается пищевод, и параэзофагеальные, когда желудок смещается кверху, но пищевод остается фиксированным. В клинической картине при этом чаще преобладают признаки, обусловленные деформацией и травмой желудка в грыжевых воротах. Одним из ведущих симптомов служит рвота с кровью. Геморрагический синдром характеризуется как «синдром эзофагеального кольца». Происхождение кро-

вотечения и анемии связано с забрасыванием кислого желудочного содержимого в пищевод и перегибом желудка в эзофагеальном кольце. Как правило, химические и механические влияния комбинируют с травмой нервных стволов, что ведет к дистрофическим процессам не только в слизистой оболочке, но и в более глубоких тканях пищевода и желудка.

В группе от 1 до 3 лет наиболее частыми причинами желудочно-кишечного кровотечения у детей из верхних отделов ЖКТ есть пептические язвы желудка и ДПК.

В данной возрастной группе язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки по клиническому течению отличается от язв у детей старшего возраста. Они, как правило, острые и протекают очень тяжело. Начало их всегда острое. Язвенный дефект проникает в мышечный слой, затрагивая целостность кровеносных сосудов, что приводит к массивным кровотечениям и перфорации органа. Большинство пептических язв у детей связаны со стрессом, особенно травматическим. В литературе описываются язвы, возникающие у детей вследствие перенесенной ожоговой травмы (язвы Курлинга), черепно-мозговой травмы (язвы Кушинга).

Причиной желудочно-кишечного кровотечения у детей из нижних отделов ЖКТ в возрасте от 1 до 3 лет служат полипы кишечника. Более 90 % всех случаев полипов толстой кишки у детей приходится на ювенильные (гамартомные) полипы. Гамартомные полипы — это узловое образования, которые возникают из-за нарушения эмбрионального развития тканей толстой кишки. Излюбленная локализация ювенильных полипов — прямая и сигмовидная кишки. Размеры полипов колеблются от нескольких миллиметров до 3 см. Поверхность их покрыта слизью, легко кровоточит при травмировании плотными каловыми массами. Полипы также могут изъязвляться и вести к кровотечению с развитием гипохромной анемии. Тяжелым осложнением служит перекручивание ножки полипа с последующим его некрозом и кровотечением. Генерализованная форма ювенильных полипов ЖКТ, характеризующаяся диареей, кровотечением, гипопроотеинемией, отеками и асцитом у детей до 2 лет, в 100 % случаев заканчивается летально.

Болезнь Дъелафуа — генетически обусловленная аномалия развития сосудов подслизистой оболочки с наличием эрозии необычно крупной артерии, формирования острой язвы с массивным желудочно-кишечным кровотечением у детей.

В структуре всех кровотечений у детей из верхних отделов желудочно-кишечного тракта болезнь Дъелафуа бывает наиболее редким этиологическим фактором, составляя 0,3 %. Наиболее вероятной причиной заболевания служит нарушение ангиогенеза с формированием выраженной сосудистой аномалии подслизистой оболочки желудка в виде расширения артерий.

При болезни Дъелафуа характерна локализация патологического процесса в проксимальном отделе желудка, на задней стенке по малой кривизне (80 % всех случаев).

Клинически болезнь характеризуется внезапным началом с отсутствием боли в животе и массивным желудочным кровотечением. Рецидивирующие желудочные кровотечения наблюдаются у 15–100 % больных, что служит

отличительной чертой этого патологического процесса.

У детей старше 3 лет наиболее вероятной причиной желудочно-кишечного кровотечения из верхних отделов ЖКТ служат варикозные вены пищевода. У 85 % детей кровотечение из вен пищевода возникает в возрасте 5–10 лет, служит одним из частых клинических проявлений синдрома портальной гипертензии.

Причиной кровотечения из варикозных вен пищевода служит их разрыв из-за гипертонического криза в портальной системе, патологических (эрозивных и язвенных) изменений слизистой оболочки желудка и пищевода или нарушения свертывающей системы крови.

Клиническая практика свидетельствует, что предвестниками кровотечения бывают признаки резкого ухудшения состояния: усиливается слабость, становится заметной бледность кожи и слизистых, появляются жажда, сухость во рту, иктеричность склер. Нарастает тахикардия, снижаются наполнение пульса, падает артериальное давление. Абсолютным симптомом кровотечения служит появляющаяся рвота алой кровью или «кофейной гущей». Рвота алой кровью свидетельствует о массивности кровотечения из вен кардиального отдела. Рвотный рефлекс вызывается быстрым наполнением желудка. Именно поэтому в рвотных массах содержится неизменная кровь.

Через несколько часов появляется дегтеобразный стул. При профузных желудочно-кишечных кровотечениях у детей стул в виде «малинового желе» может появиться в течение ближайших минут. Это зависит от степени выраженности рвотного рефлекса и скорости поступления крови в кишечник.

Эозинофильная гастроэнтеропатия — хроническое рецидивирующее заболевание, при котором эозинофилы образуют крупноклеточные воспалительные инфильтраты в желудочно-кишечном тракте.

Клинические проявления зависят от протяженности эозинофильной инфильтрации (диффузный или местный тип) и глубины поражения органа (слизистая, мышечная или серозная оболочки). Может поражаться весь пищеварительный тракт, но наиболее часто — желудок и тонкая кишка. Вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки желудка или тонкой кишки сопровождается кровотечением. Эозинофильная инфильтрация мышечной оболочки может вызвать стриктуры полого органа. Аллергическая природа заболевания составляет до 70 % всех случаев, в частности, рассматриваются роль пищевой аллергии, а также высокая чувствительность к иммуноглобулину E).

Клинические симптомы эозинофильной гастроэнтеропатии могут включать рвоту, боль в животе, отставание в физическом развитии, частый жидкий стул с примесью крови, анемию и гипопроотеинемия.

Желудочно-кишечное кровотечение у детей при **синдроме Пейтца-Егерса** встречается у 19 % больных в возрасте 10–15 лет. Синдром Пейтца-Егерса (полипоз кишечника) представляет врожденное наследственное заболевание, которое характеризуется множественными полипами в тонкой (иногда в толстой) кишке и мелкопятнистой коричневой пигментацией слизистой оболочки

полости рта, кожи, губ, век. Полипы расцениваются как гамартомы стенки кишки, содержащие все элементы кишечной слизистой оболочки. Причиной кровотечений служит перекрут полипов с развитием инфарктов, изъязвлением слизистой оболочки кишки.

Семейный полипоз толстой кишки характеризуется разрастанием слизистой оболочки толстой кишки с образованием множественных аденоматочных полипов с ножкой. У некоторых больных встречаются лимфоидная гиперплазия фолликулов тонкой кишки и лимфоидные полипы толстой кишки. У 5 % нелеченых детей к 5 годам развивается аденокарцинома

Синдром Гарднера представляет собой разновидность семейного аденоматозного полипоза толстой кишки в сочетании с подкожными опухолями, эпидермоидными и сальными кистами, костными опухолями челюстей и костей черепа.

Причиной кровотечения у детей из нижних отделов пищеварительного тракта может быть синдром Таркота — вариант семейного аденоматозного полипоза толстой кишки и злокачественной опухоли централь-

ной нервной системы — медуллобластомы. Это опухоль из недифференцированных нейроэктодермальных эмбриональных стволовых клеток, которые обладают двойной потенциальностью дифференциации в сторону нервных и глиальных элементов,

Неспецифический язвенный колит — заболевание толстой кишки, в основе которого лежит воспаление кишки с нагноением, изъязвлением и склеротическим рубцеванием. Дети составляют около 10 % общего числа больных и 5 % больных моложе 10 лет.

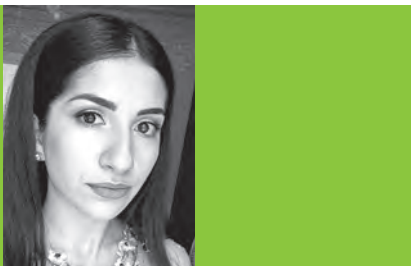
Клиническая картина язвенного колита проявляется учащением стула, носящего кровянисто-слизистый характер, схваткообразными болями в животе, периодическим повышением температуры тела, снижением аппетита. Характерные признаки — общая слабость, анемия, истощение, задержка физического развития.

Макроскопически слизистая оболочка толстой кишки полнокровна, отечна, с множественными поверхностными и более глубокими язвами, сливающимися между собой и образующими обширные язвенные поля. Между язвами располагаются псевдополипы — участки сохранившейся отечной слизистой оболочки.

СТАНОВЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ЭНДОСКОПИИ В РЕСПУБЛИКЕ ЮЖНАЯ ОСЕТИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Козаева З. Б., зав. эндоскопическим кабинетом; Джиголаева Р. М., врач-эндоскопист
ГБУЗ РММЦ Республика Южная Осетия
Суровцев И. Ю., специалист Российской Федерации по эндоскопии в Республике Южная Осетия

г. Цхинвал



■ Козаева З. Б.

По имеющимся данным официальной статистики на 2015 г. в Республике Южная Осетия проживает 53532 человек, из них детское население составляют 11427 человек.

До 2017 года пациенты детского возраста были вынуждены получать эндоскопическую помощь за пределами республики, что приводило к утяжелению состояния пациентов при urgentных случаях и увеличению по времени догоспитального этапа в связи с необходимостью эвакуации. Кроме того, это ложилось дополнительным финансовым бременем на них.

В апреле 2017 года в рамках инвестиционной программы между РФ и РЮО была введена в эксплуатацию Детская республиканская больница с реабилитационным

центром в г. Цхинвал, на базе поликлиники которой был открыт эндоскопический кабинет.

Эндоскопическая служба представлена 2 врачами и 1 мед. сестрой. Все кабинеты соответствуют действующим стандартам и нормам, обработка и хранение эндоскопов и инструментария проводится в соответствии с Сан.Пина 3.1263–15. С учетом особенностей эндоскопии в детском возрасте было приобретено оборудование, позволяющее выполнять не только диагностическую, но и urgentную и лечебную помощь. А именно оснащенный гибкой виде-эндоскопической аппаратурой Pentax (Japan) с набором инструментов для эндоскопического гемостаза и эвакуации инородных тел, ригидными бронхоскопами Karl Storz (Germany) с инструментарием для эвакуации инородных тел, электрохирургическим блоком с аргоноплазменной коагуляцией ERBE Vio 300d (Germany) и др.

За прошедшие 2017–2018 годы было проведено более 200 обследований детскому населению. За период функционирования детской эндоскопической службы было выявлено следующая патология (таблица № 1).

За текущий период работы кабинета было выявлено 6 инородных тел (2 в дыхательных путях, 4 в пищевode). При определении тактики ведения пациентов с инородными телами мы использовали клинические рекомендации Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) и Европейского общества детской гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (ESPGHAN).

Все эндоскопические манипуляции по эвакуации инородных тел проводились в условиях общей анестезии. Инородные тела дыхательных путей были удалены ригидным инструментом Карл Шторц при комбинированном использовании ригидного и фиброволоконного бронхоскопа. Инородные тела пищевода эвакуировались с использованием гибкой эндоскопической техники, использовался захват для инородных тел типа «аллигатор».

Кроме инородных тел, причиной urgentных вмешательств были желудочно-кишечные кровотечения, всего 4 (1 прямокишечное кровотечение, 3 из верхних отделов желудочно-кишечного тракта).

Встретившиеся клинические urgentные случаи среди небольшой общей массы исследований подтверждают правильность выбранной нами стратегии по оснащению оборудованием и инструментарием детского эндоскопического подразделения.

При проведении плановых исследований выявлено 2 подслизистых новообразования, в обоих случаях не бо-

Табл. 1

1. Функциональные нарушения	150
2. Дуоденогастральный рефлюкс	89
3. Гастриты	70
4. Эзофагиты, в том числе и рефлюкс-эзофагиты	55
5. Дуодениты	50
6. Инородные тела желудочно-кишечного тракта	4
7. Инородные тела дыхательных путей (эндоскопическое удаление)	2
8. Анальная трещина	3
9. Ювенильные полипы прямой кишки (эндоскопическая полипэктомия)	2
10. Подслизистые новообразования желудочно-кишечного тракта	2
11. Атрезия пищевода (прооперирован, бужирование)	1

лее 5 мм в диаметре, тактика ведения выбрана согласно рекомендациям ESMO (до 2 см динамическое наблюдение, более 2 см удаление).

Заслуживают особое внимание случаи с выявлением инородных тел-батареек, так как при этом происходит комбинированное воздействие химического и эклектического повреждающего фактора, в добавок к механическому действию на стенки полого органа.

Клинический случай, ребенок 2 лет. Жалобы родителей на дисфагию у ребенка, при этом отмечалась гиперсаливация и неукротимая рвота в течение последних трех часов. При сборе анамнеза — играл с напольными весами. На рентгенографии органов грудной клетки выявлено дисковидное инородное тело в верхнем отделе пищевода, размерами до 20 мм в диаметре.

При эндоскопическом исследовании в области верхнего пищеводного сфинктера выявлена плоская круглая батарейка с явлениями обширного некроза прилегающих к ней тканей пищевода в результате активного электрохимического воздействия. Батарейка эвакуирована эндоскопическим захватом для инородных тел. Оперативных вмешательств ребенку проводить не потребовалось. Назначена консервативная терапия и сеанс раннего эндоскопического бужирования, для профилактики возникнове-

ния стриктуры. На данный момент ребенок наблюдается в течение года без осложнений.

Указанный клинический случай подтверждает, что несмотря на небольшой период времени после проглатывания инородного тела, батарейки вызывают значительные повреждения тканей.

В 2019 году планируется проведение диспансеризации населения всей республики, в том числе и детей, особенно это актуально для отдаленных горных районов. Эндоскопические исследования будут проводиться на втором ее этапе, при выявлении показаний для дообследования.

Также проводится работа с врачами первичной медико-санитарной помощи для увеличения охвата детского населения эндоскопической медицинской помощью.

Формируются группы для оказания высокоспециализированной эндоскопической медицинской помощи.

В виду не большого количество манипуляций с ригидным бронхоскопом остается до конца не отработанным навык владения ригидным бронхоскопом врачами эндоскопистами, а так же особенностей анестезиологического пособия при этих исследованиях. С этой целью в 2019 году запланирован выезд на обучающий цикл по жесткой бронхоскопии.

ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИОТОМИЯ (ПОЭМ) У ПОДРОСТКА С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Козлов Ю. А.^{1,3,4}, Смирнов А. А.², Новожилов В. А.^{1,3,4}, Михайлов Н. И.¹,
Шарапов И. С.¹, Григорьев Д. С.¹, Артемьева Т. С.¹, Распутин А. А.¹, Барадиева П. А.¹

¹Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

³Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования;

⁴Иркутский государственный медицинский университет

г. Иркутск, Санкт-Петербург

Введение

Ахалазия пищевода (АП) — нарушение первичной моторики пищевода неизвестной этиологии, характеризующееся отсутствием перистальтики пищевода и нарушением релаксации нижнего пищеводного сфинктера. Заболеваемость АП среди детей составляет 0,11 случаев на 100 000 детского населения [1].

Существующие методы лечения ахалазии пищевода у детей включают: прием препаратов, оказывающих паралитическое действие на мышечный слой пищевода; эндоскопическую инъекцию ботулинического токсина; пневматическую баллонную дилатацию (ПБД) и хирургическую миотомию Хеллера [4]. Однако, оральные нитраты и антагонисты кальциевых каналов, а также инъекция ботулинического токсина, мало эффективны у детей и почти не используются в педиатрической практике. ПБД пищевода также сопровождается высокой частотой рецидивов, достигающей 60 % у пациентов, перенесших только одно пневматическое расширение пищевода [5]. ПБД достаточно распространена во взрослой популяции пациентов из-за простоты и небольшой стоимости эндоскопического лечения.

Учитывая, что ахалазия встречается крайне редко у детей, лечебные стратегии в значительной степени были адаптированы из опыта взрослых. Относительно недавно

для лечения АП стала применяться пероральная эндоскопическая миотомия [3]. Эта операция первоначально использовалась только у взрослых пациентов с ахалазией пищевода [6–7]. Последующие сообщения о применении ПОЭМ показали ее безопасность и эффективность [7–8]. Было установлено, что ПОЭМ занимает меньше времени, чем лапароскопическая миотомия Хеллера, а ее эффект является более долговечным, чем ПБД [9–10]. Первая в России пероральная эндоскопическая миотомия при лечении ахалазии пищевода у ребенка в возрасте 16 лет была выполнена в Санкт Петербурге профессором М. П. Королевым [13].

ПОЭМ — новый метод лечения ахалазии пищевода у детей, поэтому существует только несколько исследований, которые демонстрируют безопасность и эффективность ПОЭМ [12–13;14–18]

Цель сообщения

Представить клинический случай успешного лечения подростка в возрасте 17 лет с ахалазией, которому была выполнена ПОЭМ.

Материалы и методы

В ОГАУЗ ГИМДКБ поступил ребенок мужского пола в возрасте 17 лет неоднократно получавший лечение по поводу тошноты и рвоты на фоне приема пищи. После тщательного обследования пациента с использованием контрастной эзофагографии и эндоскопии был установлен диагноз ахалазии пищевода. В возрасте 16 лет он подвергся эндоскопической баллонной дилатации кардии пищевода. Однако, после этой процедуры по-прежнему сохранялась дисфагия и рвота. Оценка по шкале Экардта составила 7 баллов. Рост и вес пациента при поступлении — 170,0 см и 36,0 кг соответственно. Учитывая ранее проведенное лечение, прогрессирование заболевания, принято решение о выполнении пероральной эндоскопической миотомии. В июне 2018 года выполнена ПОЭМ. Для чего использовали видеоэндоскоп (Q180, Olumpys) с дистальным колпачком, электронож (ERBE HybridKnife I-Type), инсуффлятор CO₂ (Medivators), электрохирургический блок (ERBE VIO 300D), электрохирургические гемостатические щипцы Coagrasper.



Рис. 1. Вид пищевода до операции

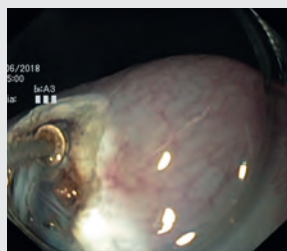


Рис. 2. Рассечение слизистой в области задней стенки пищевода

Процедура ПОЭМ производилась в соответствии с описанной методикой, представленной ранее Н. Inoue. Эндоскопическое вмешательство выполнялось под общей анестезией с интубацией трахеи.

Пошаговая техника ПОЭМ, использованная в текущем исследовании, состояла в следующем

После визуального определения повышенного тонуса пищевода (Рис. 1) на расстоянии примерно 30 см от резцов по задней стенке в подслизистый слой вводили физиологический раствор окрашенный «Индигокармином» для создания «подушки». При помощи электроножа выполняли рассечение слизистой оболочки на протяжении 2 см (Рис. 2), после чего в подслизистый слой органа вводился эндоскоп. Далее формировался подслизистый тоннель до субкардиального отдела желудка (Рис. 3). На всем протяжении сформированного подслизистого канала производили порционное рассечение циркулярного мышечного слоя до появления продольных мышечных волокон (Рис. 4). Гемостаз выполнен при помощи щипцов Соаграспер, произведена санация подслизистого тоннеля.

При контрольном осмотре аппарат свободно проходил через пищеводно-желудочный переход в желудок. Начиная с дистального края разреза дефект слизистой оболочки последовательно ушит 5 клипсами (Endo Stars) с полным сопоставлением краев разреза (Рис. 5).

Общая длина миотомии составила 9 см. Продолжительность ПОЭМ составила 90 минут.

Пациент после операции находился в палате интенсивной терапии в положении на спине с приподнятым головным концом и не получал питание через рот в течение 24 часов. Ингибиторы протонной помпы и антибиотики были назначены на протяжении 5 дней в виде внутривенной инфузии. Внимательно контролировались частота сердечных сокращений, частота дыхания и артериальное давление. Наличие таких симптомов, как одышка, боль в груди или брюшной полости, а также вздутие живота проверяли каждые 4 часа после ПОЭМ. Контрастная эзофагография была выполнена на следующий день, чтобы исключить утечку в области разреза слизистой или перфорацию пищевода. Впоследствии ребенку разрешалось принимать перорально жидкости и устанавливалась диета с использованием протертой пищи в течение 1 недели. Полужидкая диета начиналась на второй неделе после ПОЭМ. Несколько позже подросток постепенно начал переходить на твердую диету в течение одного месяца после ПОЭМ. В послеоперационном периоде отсутствовали осложнения, связанные с процедурой. Симптомы заболе-

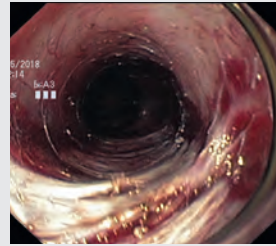


Рис. 3. Формирование подслизистого тоннеля

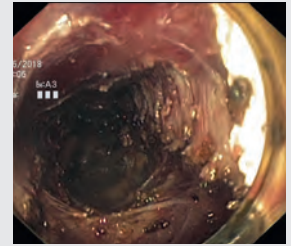


Рис. 4. Миотомия внутреннего циркулярного мышечного слоя пищевода

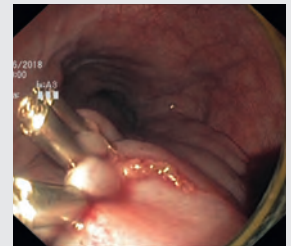


Рис. 5. Закрытие дефекта слизистой пищевода с использованием клипс

вания заметно улучшились — показатель Экардта составил 1. Послеоперационная контрастная эзофагограмма продемонстрировала плавный транзит контрастного вещества в желудок.

В настоящее время пациент каких либо жалоб на дисфагию не предъявляет, отставания в развитии нет, отмечается увеличение массы тела.

Заключение

Наше сообщение продемонстрировало, что ПОЭМ — безопасная и эффективная эндоскопическая процедура у детей с ахалазией пищевода. Полученный результат, включающий заметное улучшение состояния ребенка, исчезновение симптомов заболевания и позитивный весоростовой баланс, являются подтверждением возможности трансфера современных эндоскопических технологий, взятых из взрослой хирургии.

Литература

1. Hussain S.Z., Thomas R., Tolia V. A review of achalasia in 33 children. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 2538–2543.
2. Pandolfino J.E., Gawron A.J. Achalasia: a systematic review. *JAMA* 2015; 313: 1841–52.
3. Inoue H., Minami H., Kobayashi Y., Sato Y., Kaga M., Suzuki M., Satodate H., Odaka N., Itoh H., Kudo S. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy* 2010; 42: 265–271.
4. Richter J.E. Achalasia — an update. *J Neurogastroenterol Motil* 2010; 16: 232–42.

5. Di Nardo G., Rossi P., Oliva S., Aloia M., Cozzi D.A., Frediani S., Redler A., Mallardo S., Ferrari F., Cucchiara S. Pneumatic balloon dilation in pediatric achalasia: efficacy and factors predicting outcome at a single tertiary pediatric gastroenterology center. *Gastrointest Endosc* 2012; 76:927–32.
6. Shiwaku H., Inoue H., Beppu R., Nakashima R., Minami H., Shiroshita T., Yamauchi Y., Hoshino S., Yamashita Y. Successful treatment of diffuse esophageal spasm by peroral endoscopic myotomy. *Gastrointest Endosc* 2013; 77: 149–150.
7. Inoue H., Sato H., Ikeda H., Onimaru M., Sato C., Minami H., Yokomichi H., Kobayashi Y., Grimes K. L., Kudo S. E. Per-oral endoscopic myotomy: A series of 500 patients. *J Am Coll Surg* 2015; 221:256–264.
8. Ramchandani M., Nageshwar Reddy D., Darisetty S., Kotla R., Chavan R., Kalpala R., Galasso D., Lakhtakia S., Rao G. V. Peroral endoscopic myotomy for achalasia cardia: Treatment analysis and follow up of over 200 consecutive patients at a single center. *Dig Endosc* 2016; 28:19–26.
9. Caldaro T., Familiari P., Romeo E. F., Gigante G., Marchese M., Contini A. C., Federici di Abriola G., Cucchiara S., De Angelis P., Torroni F., Dall'Oglio L., Costamagna G. Treatment of esophageal achalasia in children: Today and tomorrow. *J Pediatr Surg* 2015; 50:726–30.
10. Tan Y., Zhu H., Li C., Chu Y., Huo J., Liu D. Comparison of peroral endoscopic myotomy and endoscopic balloon dilation for primary treatment of pediatric achalasia. *J Pediatr Surg* 2016; 51:1613–8.
11. Maselli R., Inoue H., Misawa M., Ikeda H., Hosoya T., Onimaru M., Yoshida A., Eleftheriadis N., Suzuki K., Kudo S. Peroral endoscopic myotomy (POEM) in a 3-year-old girl with severe growth retardation, achalasia, and Down syndrome. *Endoscopy* 2012; 44(Suppl 2 UCTN):285–287.
12. Familiari P., Marchese M., Gigante G., Boskoski I., Tringali A., Perri V., Costamagna G. Peroral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2013; 57: 794–797.
13. Королев М. П., Федотов Л. Е., Оглоблин А. Л., Копяков А. Л., мамедов ш. Д., Федотов Б. Л., Баранов Д. Г. Первая в России пероральная эндоскопическая миотомия при лечении ахалазии кардии у ребенка. *Педиатрия* 2017; 8:94–98.
14. Chen W. F., Li Q. L., Zhou P. H., Yao L. Q., Xu M. D., Zhang Y. Q., Zhong Y. S., Ma L. L., Qin W. Z., Hu J. W., Cai M. Y., He M. J., Cui Z. Long-term outcomes of peroral endoscopic myotomy for achalasia in pediatric patients: a prospective, single-center study. *Gastrointest Endosc* 2015; 81:91–100.
15. Li C., Tan Y., Wang X., Liu D. Peroral endoscopic myotomy for treatment of achalasia in children and adolescents. *J Pediatr Surg* 2015; 50:201–5.
16. Nabi Z., Ramchandani M., Reddy D. N., Darisetty S., Kotla R., Kalapala R., Chavan R. Per Oral Endoscopic Myotomy in Children with Achalasia Cardia. *J Neurogastroenterol Motil* 2016; 22:613–19.
17. Yamashita K., Shiwaku H., Hirose R., Kai H., Nakashima R., Kato D., Beppu R., Takeno S., Sasaki T., Nimura S., Iwasaki A., Inoue H., Yamashita Y. Long-term outcome of peroral endoscopic myotomy for achalasia treatment in a 9-year-old female patient. *Asian J Endosc Surg*. 2016 Nov; 9:332–335.
18. Nabi Z., Ramchandani M., Chavan R., Tandan M., Kalapala R., Darisetty S., Reddy D. N. Peroral Endoscopic Myotomy in Children: First Experience With a New Triangular Knife. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018 Jan; 66:43–47.

ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЛРОМИОТОМИЯ У ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЕННЫМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ ПИЛРОСТЕНОЗОМ

ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Козлов Ю.А.^{1,3,4}, Смирнов А.А.², Новожилов В.А.^{1,3,4}, Михайлов Н.И.¹,
Шарапов И.С.¹, Григорьев Д.С.¹, Артемьева Т.С.¹, Распутин А.А.¹, Барадиева П.А.¹

¹Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

³Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования;

⁴Иркутский государственный медицинский университет

г. Иркутск, Санкт-Петербург

Введение

Врожденный гипертрофический пилоростеноз (ВГП) является наиболее частым хирургическим заболеванием органов брюшной полости у детей первых месяцев жизни. Главным патологическим звеном возникновения врожденного пилоростеноза является постепенная, достаточно быстро, развивающаяся на протяжении нескольких дней, гипертрофия мышечного слоя привратника, которая приводит к постепенной обструкции его канала. Происхождение мышечной гипертрофии, несмотря на большое количество научных исследований остается неизвестным. Частота встречаемости в среднем у 3 на 1000 родившихся живыми младенцев.

Врожденный пилоростеноз у новорожденных и младенцев традиционно лечится с использованием лапароскопии. В качестве альтернативы хирургической пилоромии для лечения врожденного пилоростеноза была предложена новая методика — пероральная подслизистая пилоромии или пероральная эндоскопическая миотомия желудка (G-РОЕМ). В 2013 году М. Khashab сообщил об использовании G-РОЕМ для лечения пареза желудка у взрослых больных.

Цель работы

Представить первый опыт, технику и краткосрочные результаты операции G-РОЕМ у младенца с ВГП

Материалы и методы

В центре хирургии новорожденных г. Иркутска находилась на лечении пациент в возрасте 1 месяца жизни с ВГП. Гестационный возраст больного составил 40 недель. Вес в момент рождения составлял 3600 грамм. Этот младенец был болен на протяжении 5 дней и имел массу тела при поступлении, составляющую 4200 грамм. Дефицит массы тела составил 100 грамм. Диагноз пилоростеноза был подтвержден при ультразвуковом исследовании брюшной полости. Толщина мышечного слоя привратника составила 7 мм, а его протяженность 20 мм.

Совместно с коллегой из г. Санкт-Петербурга летом 2018 года на базе ОГАУЗ ГИМДКБ младенцу была проведе-

на операция пероральная подслизистая пилоромии или G-РОЕМ. Процедура выполнялась под общей анестезией с интубацией трахеи. Пациент располагался на операционном столе в положении на спине. Для выполнения операции использовались гастроскопы (EG16- K10 и EG29-i10, Pentax) с дистальным колпачком, игольчатый нож, исуффлятор CO2 (UCRO, Olympus), электрохирургический блок (ERBE VIO 300D).

Перед началом операции из желудка удалялись остатки молочной смеси и слюны. Пилорический канал был сомкнут и не открывался при инсуффляции (Рис. 1).

В области большой кривизны в 4 см от пилорического канала производилась подслизистая инъекция 3–5 мл гипертонического солевого раствора, окрашенным «Индигокармином» для создания «подушки» (Рис. 2). Далее при помощи игольчатого ножа выполнялось рассечение слизистой оболочки длиной около 8 мм (Рис. 3). После чего эндоскоп вводился в подслизистый слой органа (Рис. 4). Далее формировался канал по направлению к пилорусу. Для более четкой визуализации подслизистого слоя при гидропрепаровке использовали тот же раствор, окрашенный «Индигокармином». Сфинктер идентифицировался как белесоватый плотный пучок циркулярных мышеч-



Рис. 1. Вид привратника до операции

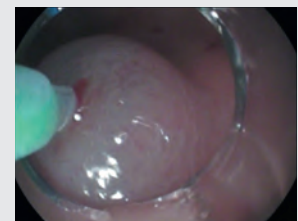


Рис. 2. Подслизистое введение раствора

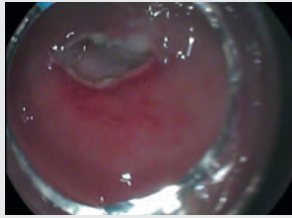


Рис. 3. Рассечение слизистой желудка

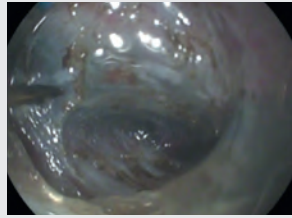


Рис. 4. Создание подслизистого тоннеля

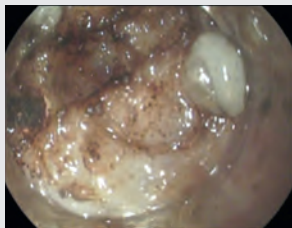


Рис. 5. Рассечение циркулярных мышечных волокон привратника



Рис. 6. Полное рассечение мышечного слоя привратника



Рис. 7. Закрытие дефекта слизистой клипсами

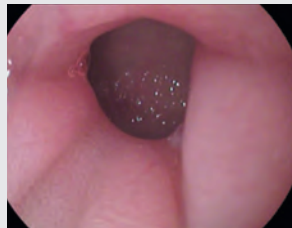


Рис. 8. Вид привратника после пилоромии

ных волокон. Миотомия производилась в антеградном направлении на протяжении всей длины гипертрофированного привратника, определенной до операции с помощью ультразвука, то есть на протяжении 20 мм (Рис. 5). Разрез мышцы привратника ограничивался внутренними циркулярными волокнами, в стремлении не повредить продольные волокна или висцеральную брюшину. Однако, эта грань достаточно тонка, поэтому в итоге разрез получился на всю толщину мышечного слоя (Рис. 6). Затем производилась смена гастроскопа на аппарат большего диаметра (EG29-i10) и клипсами фирмы Endo Stars производилось закрытие дефекта слизистой оболочки, сквозь который вводился аппарат в подслизистый слой (Рис. 7). После сшивания дефекта слизистой выполнялся контроль эффективности выполненной пилоромии путем визуализации расширенного просвета пилорического канала (Рис. 8).

Результаты

Оперативное время пероральной подслизистой пилоромии составило 65 минут. Интраоперационные осложнения - кровотечение и перфорация слизистой оболочки - отсутствовали. Мы не обнаружили побочных кардиореспираторных эффектов этой процедуры на организм младенца. На протяжении всей операции регистрировались нормальные показатели газообмена и гемодинамики. Пациент начал принимать пищу через 6 часов после операции. Время перехода на полное энтеральное питание составило 24 часа. Младенец был выписан из больницы на следующий послеоперационный день в хорошем состоянии. Во время наблюдения мы не регистрировали ранние или поздние послеоперационные осложнения — рецидив и неполную миотомию.

Выводы

Пероральная подслизистая пилоромия представляет собой технически осуществимую, безопасную и успешную процедуру лечения врожденного гипертрофированного пилоростеноза у новорожденных и младенцев. Необходимо провести дополнительное сравнительное исследование, чтобы сопоставить этот метод с лапароскопической пилоромией.

Литература

1. Ramstedt C. Zur Operation der angeborenen Pylorusstenose. Med Klin 1912;8: 1702.
2. Rothenberg S. Laparoscopic pyloromyotomy: the slice and pull technique. Pediatric Endosurgery and Innovative Techniques 1997;1:39–41.
3. Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, Sato Y, Kaga M, Suzuki M, Satodate H, Odaka N, Itoh H, Kudo S. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. Endoscopy. 2010;42:265–271.
4. Khashab M., Stein E., Clarke J., Saxena P, Kumbhari V, Chander Roland B, Kalloo A., Stavropoulos S, Pasricha P, Inoue H. Gastric peroral endoscopic myotomy for refractory gastroparesis: first human endoscopic pyloromyotomy (with video). Gastrointest Endosc 2013;78:764–8.
5. Eleftheriadis N., Inoue H., Ikeda H., Onomaru M., Maselli R., Santi G. Submucosal tunnel endoscopy: Peroral endoscopic myotomy and peroral endoscopic tumor resection. World J Gastrointest Endosc 2016;8:86–103.

6. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Юрков П.С., Милюкова Л.П., Алейникова Н.Г., Кузнецова С.Н., Кононенко М.И. Лапароскопическая пилоромиотомия. *Детская хирургия* 2006;5:15–17. [Kozlov JU.A., Novozhilov V.A., Jurkov P.S., Miljukova L.P., Alejnikova N.G., Kuznecova S.N., Kononenko M.I. Laparoscopic pyloromyotomy. *Pediatric surgery*. 2006;5:15–17. In Russian].
7. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Звонков Д.А., Тимофеев А.Д., Очиров Ч.Б., Распутин Н.В., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н. Врожденный гипертрофический пилоростеноз: эволюция хирургического доступа. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского* 2017;96:130–137. [Kozlov JU.A., Novozhilov V.A., Rasputin A.A., Koval'kov K.A., Chubko D.M., Baradieva P.ZH., Zvonkov D.A., Timofeev A.D., Ochirov CH.B., Rasputina N.V., Us G.P., Kuznecova N.N. Congenital pyloric stenosis: evolution of surgical approach. *Pediatrics. Journal named of Speransky* 2017;96:130–137. In Russian].
8. Spicer RD. Infantile hypertrophic pyloric stenosis: a review. *Br J Surg* 1982;69:128–35
9. MacMahon B. The continuing enigma of pyloric stenosis of infancy: a review. *Epidemiology* 2006;17:195–201
10. Huang IF, Tiao MM, Chiou CC, Shih HH, Hu HH, Ruiz JP. Infantile hypertrophic pyloric stenosis before 3 weeks of age in infants and preterm babies. *Pediatr Int* 2011;53:18–23
11. Hernanz-Schulman M, Sells LL, Ambrosino MM, Heller RM, Stein SM, Neblett WW3rd. Hypertrophic pyloric stenosis in the infant without a palpable olive: accuracy of sonographic diagnosis. *Radiology* 1994;193:771–6.
12. Kozlov JU., Novozhilov V., Podkamenev A., Rasputin A., Veber I., Solov'ev A., Jurkov P. Single-incision laparoscopic surgery for pyloric stenosis. *Ped Surg Intern* 2012;28:347–350.
13. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Подкамeneв А.В., Юрков П.С., Краснов П.А., Соловьев А.А., Алейникова Н.Г., Сыркин Н.В., Краснова М.И., Кононенко М.И., Вебер И.Н., Поваринцев К.О., Степанова Ю.А., Поваринцева О.В. Первый опыт использования однопортовой лапароскопической пилоромиотомии у новорожденных: предварительные результаты. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии* 2011;2:15–20
14. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А. Применение единого лапароскопического доступа в лечении больных с врожденным гипертрофическим пилоростенозом. *Эндоскопическая хирургия* 2013;5:11–15.
15. Yagmurlu A, Barnhart DC, Vernon A, Georgeson KE, Harmon CM. Comparison of the incidence of complications in open and laparoscopic pyloromyotomy: a concurrents single institution series. *J Pediatr Surg* 2004;39:292–6

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ БРОНХА КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ» ЭМФИЗЕМЕ У ДЕТЕЙ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лубкова Н. С., зав. эндоскопическим отделением ГАУЗ КО ОДКБ
Альникова И. Ю., врач-эндоскопист ГАУЗ КО ОДКБ
Гордеев С. М., зав. кафедрой детской хирургии КемГМУ, к. м. н., доцент
Кравченко В. И., зав. операционным блоком, заслуженный врач РФ
Ковальков К. А., зам. глав. врача ГАУЗ КО ОДКБ, специалист ДОЗН КО, детский хирург, к. м. н., доцент

📍 г. Кемерово



■ Лубкова Н. С.

■ Альникова И. Ю.

Заболевания бронхолегочной системы относятся к наиболее частой патологии детского возраста и занимают первое место в структуре общей заболеваемости детей и подростков (Каганов С. Ю. и соавт. 2004г). Болезни легких многообразны: острые и хронические, инфекционно-воспалительные и аллергические, врожденные и приобретенные патологии.

Врожденные и приобретенные заболевания легких являются одной из наиболее актуальных проблем в детской хирургии.

Эмфизема легких — заболевание, в основе которого лежит необратимое увеличение воздушного пространства дистальнее терминальных бронхиол, сопровождающееся деструкцией стенок ацинуса, без сопутствующего фиброза.

Классификация по формам:

1. Первичная, развивающаяся в легких, не имеющих какой-либо другой патологии и являющаяся самостоятельной нозологической формой, обусловленная генетической предрасположенностью.
2. Вторичная, осложняющая заболевания, вызывающие нарушения бронхиальной проходимости.
3. Диффузная.
4. Локальная.

Большое значение при обследовании этих больных имеет бронхоскопия. Она позволяет оценить состояние слизистой оболочки трахеи и бронхов, определить степень воспалительного процесса и его распространенность, количество и характер секрета в просвете бронхов. Имеется возможность наглядного выявления сужений или

расширений главных и долевых бронхов, изменения в архитектонике.

Цель сообщения: представить клинический случай успешного лечения ребенка с подозрением на лобарную эмфизему.

Больной в возрасте трех месяцев переведен в хирургическое отделение ГАУЗ КО ОДКБ из отделения реанимации ГАУЗ КО «КОКБ имени С. В. Беляева» с диагнозом: лобарная эмфизема слева, для оперативного лечения. При поступлении состояние ребенка крайне тяжелое, на ИВЛ. Выражен SIRS — синдром, тяжелые вентиляционные нарушения, эмфизема левого легкого, стойкая кислородозависимость, сердечная недостаточность за счет гипертонии по малому кругу кровообращения. Диагноз при поступлении — лобарная эмфизема слева, нарушение бронхиальной проводимости 2–3 степени (ателектаз верхней доли справа, гиповентиляция 6,10 сегментов нижней доли справа, ателектаз нижней доли слева, эмфизема верхней доли слева, медиастинальная грыжа). Дыхательная недостаточность 3 степени. Синдром внутригрудного напряжения (Рис. 1).

С учетом анализа рентгеновских снимков, МСКТ (эмфизема в передних отделах слева и язычковых сегментах), отсутствие нарастания эмфиземы на фоне проводимой искусственной вентиляции бронхов (ИВЛ), диагноз лобарной эмфиземы не подтвердился. Показаний для оперативного лечения нет. В связи с этим в круг дифференциальной диагностики вошли: нарушение проходимости бронхов, врожденная аномалия бронхов и стеноз верхне- долевого бронха.

Выполнена ригидная бронхоскопия с целью исключения патологии бронхов. По результатам исследования архитектоника бронхов обычная, диффузный слизистый эндобронхит с двух сторон. Оставался не ясен механизм сохраняющейся эмфиземы. На фоне проводимого лечения состояние прогрессивно ухудшалось: рентгенологически отрицательная динамика за счет ателектаза верхней доли правого легкого, выраженной эмфиземы левого легкого с пролабиранием верхней доли вправо, медиастинальной грыжи (Рис. 2).

С целью снятия внутригрудного напряжения была выполнена окклюзия верхне- долевого бронха слева для вы-



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

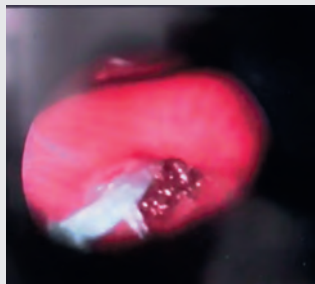


Рис. 5

ключения этой доли легкого из дыхания. До настоящего времени данная методика при подобных состояниях нами не использовалась. При ригидной бронхоскопии был установлен поролоновый обтуратор на нити в левый верхнедолевой бронх (Рис. 5).

При контрольном рентгенологическом исследовании уже через час после окклюзии бронха отмечено умень-

шение вентиляционных нарушений слева, уменьшилась медиастинальная грыжа (Рис. 3).

Через сутки клинически снизилась кислородозависимость, изменились параметры ИВЛ. Обтуратор был удален. В течение недели ребенок находился на ИВЛ с минимальной поддержкой. Рентгенологически положительная динамика за счет значительного уменьшения эмфиземы левого легкого (Рис. 4).

Ребенок экстубирован. Окончательный диагноз: Врожденный порок развития легких на уровне терминальных бронхиол, альвеол. Цилиарная дискинезия. Хирургическое лечение не показано.

Выводы

1. Постановка бронхоблокатора позволила пациенту избежать операции.
2. В случаях длительно сохраняющейся эмфиземы можно применять этот метод, как альтернативный оперативному лечению.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ЭНДОСКОПИИ

Образцова О. Ю., ст. медицинская сестра отделения эндоскопии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Детской краевой клинической больницы (ГБУЗ ДККБ МЗ КК)

г. Краснодар



■ Образцова О. Ю.

Специфика детской эндоскопии связана с анатомо-физиологическими особенностями детского организма -относительно малыми размерами исследуемых органов, повышенной ранимостью и склонностью к отёку и воспалением слизистых оболочек. Характерной для детей эмоциональной возбудимостью и негативным отношением к диагностическим и лечебным манипуляциям, что требует перед эндоскопией психо-эмоциональной подготовки ребёнка, анестезии, особых навыков и квалификации специалиста.

Цель эндоскопических манипуляций подразделяется на диагностическую и лечебную.

В отделении эндоскопии проводятся следующие исследования:

- эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- эндоскопия нижних отделов желудочно-кишечного тракта;
- эндоскопия дыхательных путей.

К эндоскопии верхних отделов ЖКТ относится эзофагогастродуоденоскопия. С помощью ЭФГДС у детей можно диагностировать наличие или отсутствие врожденных и приобретённых патологических изменений пищевода, желудка, 12-перстной кишки, начальных отделов тощей кишки; получить материал для морфологического исследования, оценить динамику процесса. Современная эндоскопическая техника позволяет выполнять исследования, манипуляции, операции у детей начиная с момента рождения. В детской практике мы широко используем лечебные ЭФГДС такие как: хромогастроскопия. Использование хромокопии позволяет определять различные типы воспаления слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ. Взятие биопсии слизистой позволяет уточнить диагноз при воспалении или врождённой патологии у детей. ЭФГДС позволяет проводить удаление полипов и других

опухолевидных образований пищевода, желудка и 12-перстной кишки. Полипы пищевода и желудка встречаются чаще у детей старше 7 лет (72%), преимущественно у мальчиков (67,8%).

Посредством ЭФГДС проводится лечение стеноза пищевода у детей. У 5,7% обследованных детей мы диагностировали рубцовые стенозы пищевода (врожденные примерно составляет 10–15% и приобретенные составляют до 85%). У 91,7% пациентов выполнялось этапное бужирование. Данный метод лечения стеноза требует от 1 до 4 сеансов для пациента и позволяет восстановить просвет пищевода во всех случаях, резко сократить сроки пребывания в стационаре.

Варикозно-расширенные вены пищевода нами были обнаружены у 7,1% обследованных детей. При выполнении эндоскопического интравазального склерозирования у детей отмечалось уменьшение степени варикоза до 1 степени. Обкалывание вен пищевода проводится однократным инжектором фирмы «Endostars» и раствором этоксисклерол от 0,5% до 3% в зависимости от возраста и степени расширения.

Инородные тела верхнего отдела ЖКТ являются часто встречающейся патологией. За последние 3 года было удалено более 1000 инородных тел (монеты, части от детских игрушек, булавки, магниты, батарейки, чайные ложки, декоративные камни и мелкие предметы бижутерии.)

Удаляются все инородные тела не зависимо от возраста под общим наркозом разнообразными инструментами такими как («крысиный зуб», корзина «Дормиа», петля «сочок»).

К эндоскопии нижних отделов желудочно-кишечного тракта относятся такие исследования, как колоноскопия и ректороманоскопия.

Колоноскопия у детей всех возрастных групп выполняется под общим наркозом лёжа на спине. Колоноскопия, располагающая приспособлениями для выполнения биопсии и удаления различных патологических новообразований, является методом уточняющей диагностики заболеваний всей толстой кишки — от слепой до прямой. В отделении эндоскопической хирургии ежегодно проводится свыше 300 видеокколоноскопий. Посредством колоноскопии проводится биопсия толстой кишки, удаление полипов и опухолевидных образований толстой кишки.

Ректороманоскопия, ректосигмоскопия — это осмотр прямой кишки и дистальных отделов сигмовидной кишки с помощью ректороманоскопа. Эндоскопическая техника и опыт врачей позволяют выполнять проктосигмоскопию без наркоза у детей старших возрастных групп.

Фибробронхоскопия — изучение трахеи и бронхов при помощи специального прибора — фибробронхоскопа. В применяемых сегодня врачами эндоскопах, на монитор воспроизводится четкая и подробная картинка с фото- или видеокамеры бронхоскопа. Не многие знают, что бронхоскопию проводят новорожденным и недоношенным детям. Причиной чаще всего являются какие-либо дыхательные расстройства, вызванные вдыханием околоплодных вод или ателектазом доли легкого. Почти во всех случаях фибробронхоскопию детям до 5 лет выполняют под наркозом. После 5 лет жизни — под местной анестезией с 2 % раствором лидокаина. Ежегодно в отделении эндоскопической хирургии выполняется свыше 1000 бронхоскопий, из них около 70 % — лечебные манипуляции

Показаниями к фиброгастроскопии служат:

1. Бронхостенозы и ателектазы неясной этиологии;
2. Хронические обструктивные и нагноительные заболевания лёгких;
3. Кровохарканье и легочное кровотечение;
4. Инородные тела ТБД;
5. Грибковые поражения ТБД;
6. Трахео-пищеводные и бронхиальные свищи;
7. Врожденные аномалии ТБД;
8. Ожоги ТБД;
9. Опухоли ТБД;
10. Стеноз трахеи;
11. Муковисцидоз.

Важной составляющей частью диагностической бронхоскопии является биопсия:

1. Прямая биопсия;

2. Браш-биопсия (биопсия соскабливание);
3. Прицельная биопсия и браш-биопсия периферических образований под рентгенологическим контролем;
4. Диагностический альвеолярный лаваж.

Лечебные фибробронхоскопии. Так как в развитии хронического воспаления бронхов важнейшую роль играет нарушение их дренажной функции, то именно во время бронхоскопии, удаляя гнойное содержимое из бронхиального дерева, можно одновременно добиться улучшения бронхиальной проходимости, провести противовоспалительную терапию -воздействуя на микрофлору бронхов, а также на общий и местный иммунитет. Курс лечебных ФБС пациенту проводится от 3 до 5 процедур . Введение проводят с помощью игольчатого инъектора в шпору воспаленного бронха через день или введением санационного раствора через канал эндоскопа. Берутся смывы на чувствительность к антибиотикам, ПЦР, Бактек, на цитологию.

Заключение

Таким образом, сотрудниками нашего эндоскопического отделения оказывается плановая диагностическая и лечебная помощь, круглосуточная экстренная помощь. Всего в 2018 году было пролечено в нашем стационаре 25800 детей, из них проведены диагностические ЭФГДС- 3847, ФБС- 1505 с патологией ТБД и 351 колоноскопии .

Методики, применяемые в отделении эндоскопии ГБУЗ ДККБ, помогают оказывать экстренную малоинвазивную помощь пациентам, позволяя избежать возможных осложнений и уменьшить количество дней пребывания в лечебном учреждении.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИИ ЖКТ И БРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

Подлипаева С. Г., врач-эндоскопист; Захаров И. В., врач-эндоскопист
Мякова Н. В., д. м. н., врач-гематолог, зав. отделения онкогематологии
Грачев Н. С., д. м. н., врач-онколог, заведующий отделением онкологии и детской хирургии
ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» МЗ РФ

г. Москва

Актуальность

У детей с онкологическими, гематологическими, иммунологическими заболеваниями, часто встречается снижение показателей периферической крови — анемия, нейтропения, тромбоцитопения. Данные изменения обусловлены основным заболеванием, и осложнениями проводимой терапии. При появлении жалоб на боли в животе, кровотечение, тошноту, рвоту, нарушение функции кишечника, подозрении на инфекционный процесс или реакцию «трансплантат-против-хозяина» (РТПХ) у реципиентов трансплантации стволовых клеток, этим пациентам показано проведение эндоскопических манипуляций, часто с биопсией пораженных участков слизистой оболочки. На основании общепринятых договоренностей для выполнения эндоскопического исследования требуется наличие тромбоцитов в общем анализе крови $\geq 50 \times 10^9/\text{л}$ для диагностического исследования и $\geq 80 \times 10^9/\text{л}$ для проведения биопсии. Как правило, у гематологических пациентов при тромбоцитопении, в рамках подготовки к исследованию выполняется трансфузия тромбоцитарной массы.

В настоящее время не существует единых рекомендаций о том, какой уровень тромбоцитов действительно является минимально достаточным для безопасного проведения эндоскопии.

Цель

Оценить возможность проведения эндоскопии у детей с тромбоцитопенией.

Материалы и методы

В ретроспективный анализ был включен 279 пациент в возрасте от 2 месяцев до 18 лет (медиана возраста — 9,6 лет), проходивший лечение в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева с января 2016 г. по декабрь 2018 г., которым было выполнена диагностическая эндоскопия при числе тромбоцитов $\leq 50 \times 10^9/\text{л}$ или эндоскопическое исследование с проведением биопсии при числе тромбоцитов $\leq 80 \times 10^9/\text{л}$.

Показаниями к проведению гастро- и колоноскопии были жалобы на тошноту, рвоту, боли в животе, дисфункцию кишечника. Реципиентам ТГСК с подозрением на кишечную форму РТПХ и/или вирусные поражения выполнялась колоноскопия с поэтажной биопсией для гистологической верификации. При очаговом поражении

легких, кашле, лихорадке, с диагностической целью выполнялась бронхоскопия с бронхоальвеолярным лаважем и последующим микробиологическим и вирусологическим исследованием.

Все исследования проводились с использованием анестезиологического пособия — общая анестезия с помощью ингаляционных и внутривенных препаратов (севофлуран, пропофол).

Накануне исследования всем пациентам проводился забор общего анализа крови с подсчетом показателей на автоматическом гематологическом анализаторе Sysmex XT-40001 и Sysmex XE-2100.

Эндоскопическое исследование выполнялось аппаратами Pentax (гастроскопия — Pentax EG-1690K, EG-2490K, EG-2990i; колоноскопия — Pentax EC-3490Li; бронхоскопия — Pentax EB-1570K, EB-1970UK, FB-8V).

Результаты

Нами было выполнено 3992 эндоскопических исследований, из них 1357 (34 %) — детям с низкими показателями периферической крови, 279 (6,9 %) — пациентам с тромбоцитопенией. При этом у 4 пациентов отмечалась рефрактерная к переливаниям тромбоцитарной массы тромбоцитопения.

Чаще всего при бронхоскопии (БС) был диагностирован двусторонний бронхит; при эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС) — гастрит, бульбит, дуоденит; при колоноскопии (КС) — колит. Гистологическое подтверждение РТПХ было в последующем получено в 62,5 % случаев.

После проведения эндоскопии дети в течение 3 дней находились под наблюдением лечащего врача и хирурга. За период наблюдения ни у одного пациента осложнений в виде кровотечений, геморрагического синдрома не наблюдалось. Концентрация гемоглобина в крови в динамике значимо не снижалась.

Выводы

Приведенные нами данные свидетельствуют о безопасности проведения эндоскопии опытным врачом с анестезиологическим пособием даже при тромбоцитопении. Выполнение диагностической эндоскопии у детей с гематологическими и онкологическими заболеваниями можно проводить при числе тромбоцитов уже $20 \times 10^9/\text{л}$ и выше, а проведение биопсии — при количестве тромбоцитов $30 \times 10^9/\text{л}$ и выше.

ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Подлипаева С. Г., врач-эндоскопист, Захаров И. В., врач-эндоскопист,
Ахаладзе Д. Г., к. м. н., врач-детский хирург, рук. торако-абдоминального отдела отделения онкологии и детской хирургии,
Грачев Н. С., д. м. н., врач-онколог, заведующий отделением онкологии и детской хирургии
ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева" МЗ РФ

г. Москва

Актуальность

Злокачественные новообразования (ЗНО) желудка часто имеют скудные клинические проявления и долго могут носить бессимптомный характер, поэтому нередко их диагностируют в запущенных случаях. В детской популяции частота встречаемости ЗНО желудка меньше, чем во взрослой. Статистические данные по данной теме отсутствуют. В литературе описаны данные по заболеваемости и смертности от ЗНО желудка в общей популяции. Ввиду этого онкологическая настороженность врачей специалистов, при работе с детьми, снижена.

Цель

Провести анализ времени от появления первых жалоб до проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и момента постановки гистологического диагноза.

Оценить частоту встречаемости ЗНО желудка у детей в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Методы

Проведен ретроспективный анализ 11 историй болезней детей с ЗНО желудка с 2014 по 2018 гг. Возраст от 2 до 17 лет (средний возраст — 13,3), м: д 1:1,75. В нашем центре всем пациентам с подозрением на ЗНО желудка была проведена ЭГДС с прицельным забором биопсии.

Результат

В 10 (90 %) случаев по месту жительства выполнена ЭГДС, из них с забором биопсии при первичном обследовании — 5 (50 %) пациентам, информативной биопсия

оказалась в 2 (40 %) случаях (муцинозная и перстневидно-клеточная аденокарцинома).

При поступлении пациенты имели гистологически подтвержденный диагноз в 5 случаях из 11 (45,5 %). В 6 случаях диагноз поставлен в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева после ЭГДС с биопсией. Поражения желудка были вызваны в 45,5 % — лимфомой Беркита, в 27,3 % — воспалительной миофибробластической опухолью (ВМО), в 27,3 % — раком желудка (18,2 % — перстневидно-клеточной и 9,1 % — муцинозной аденокарциномой). Онкологический анамнез отягощен по раку желудка в 2 (18,2 %) случаях. Первые жалобы возникали в среднем за 5 месяцев (от 1 до 20 месяцев) от постановки диагноза. Лимфома чаще манифестировала снижением аппетита, потерей веса, ВМО — кровотечением, анемией, перстневидно-клеточная и муцинозная аденокарцинома — болями в животе и диспептическими явлениями.

Частота встречаемости ЗНО желудка при эндоскопическом исследовании, по данным НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, 1,1 % случаев первичных ЭГДС.

Заключение

Ранняя диагностика ЗНО желудка является не решенной проблемой, особенно в детской практике. От правильности и своевременности диагностики зависит прогноз и качество жизни пациента, поэтому медикаментозного лечения необходимо проводить контрольную ЭГДС всем пациентам с язвенным поражением желудка, а также прицельную биопсию из пораженного участка с достаточным количеством биоматериала.



КЛИНИКА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

НАШИ ПРЕИМУЩЕСТВА

- ✓ Возможность удаленных консультаций со специалистами клиники и университета в телемедицинском центре
- ✓ Уникальные операции новорожденным, детям до года и старше по всем нозологиям, в том числе кардиохирургические, микрохирургические, коррекция пороков ЛОР-органов, урологические и др.
- ✓ Высокотехнологичное оборудование, в том числе рентгенхирургическое
- ✓ Наличие полного реабилитационного комплекса: водолечение, мануальная терапия, рефлексотерапия, спортивная медицина и др.
- ✓ Лечение орфанных (редких) заболеваний
- ✓ Самая современная диагностическая аппаратура, позволяющая выполнять весь спектр необходимых исследований

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Здесь наблюдают беременных с тяжелой акушерской патологией, принимают роды, выхаживают недоношенных детей с экстремально низкой массой тела и оперируют новорожденных. Одним из приоритетных направлений является оказание помощи женщинам с бесплодием, привычным невынашиванием, угрожающими преждевременными родами, гестозами, многоплодной беременностью, плацентарной недостаточностью в сочетании с задержкой развития плода, наличием миомы матки, беременным с экстрагенитальной патологией. Успешно применяются самые современные вспомогательные репродуктивные технологии, в том числе ЭКО, ICSI, PESA, TESA, MESA, микроTESE, криоконсервирование.

Родильное отделение располагает современными комфортными индивидуальными родильными залами. Новорожденным с различными заболеваниями оказывают реанимационную, хирургическую, педиатрическую и другую необходимую помощь. К лечению пациента привлекаются специалисты клиники университета.



Амбулаторная и стационарная помощь

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Детям | ✓ Мануальная терапия | ✓ Спортивная медицина | ✓ Колопроктология |
| ✓ Аллергология и иммунология | ✓ Неврология | ✓ Ортопедия и травматология | ✓ Челюстно-лицевая хирургия |
| ✓ Дерматология и косметология | ✓ Нефрология | ✓ Кардиохирургия | ✓ Урология |
| ✓ Гастроэнтерология | ✓ Оториноларингология | ✓ Нейрохирургия | |
| ✓ Кардиология | ✓ Офтальмология | ✓ Фтизиатрия | Детям и взрослым |
| ✓ Лечебная физкультура | ✓ Пульмонология | ✓ Эндокринология | ✓ Гинекология |
| | ✓ Психотерапия | ✓ Общая хирургия | ✓ Стоматология |
| | ✓ Ревматология | ✓ Сосудистая хирургия | ✓ МРТ, КТ, УЗИ, рентген |

194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2; тел.: (812) 295-40-31

Отдел госпитализации: (812) 542-97-16

консультативный прием: (812) 416-54-04; 337-03-00; 416-53-00.

E-mail: kdc-gpma@mail.ru, 4165404@mail.ru. www.gpmu.org



ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

10-я Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ



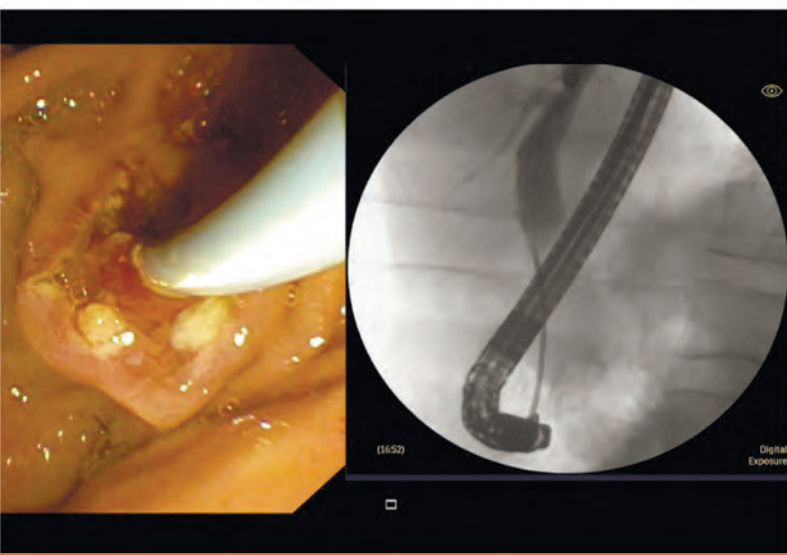
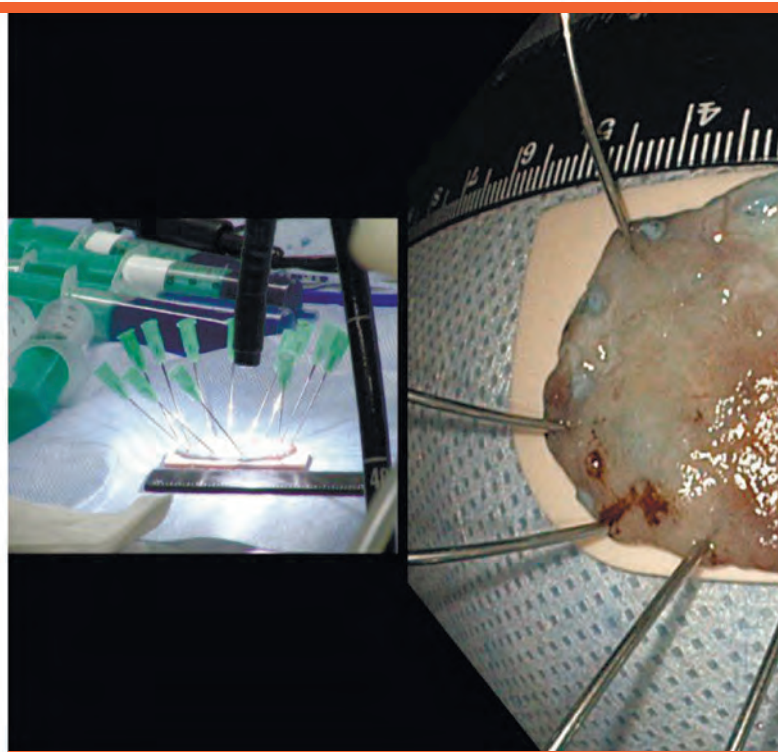
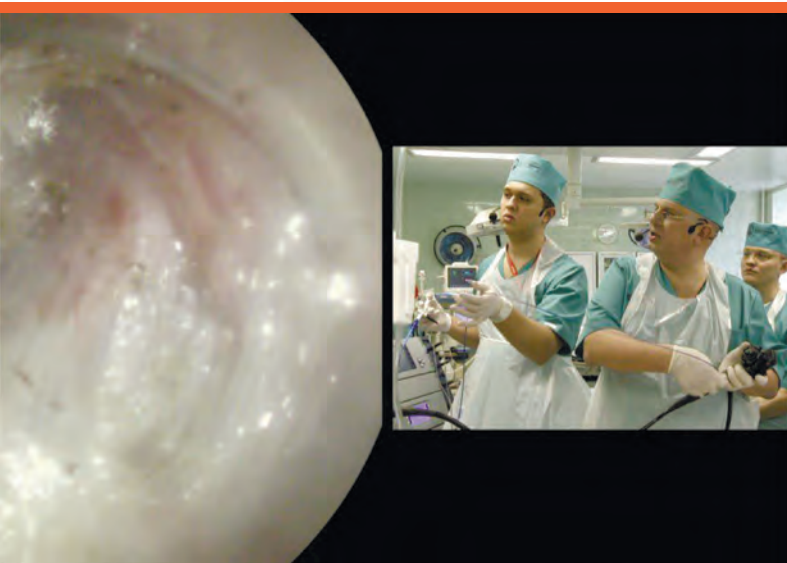


Заведующий кафедрой общей хирургии
с курсом эндоскопии СПбГПМУ
Профессор, д.м.н.
Михаил Павлович Королев



Мариинская
больница

ЭНДОСКОПИЯ В МАРИИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СУЩЕСТВУЕТ С 1970 ГОДА



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

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

В отделении выполняются все виды эндоскопических исследований и операций.

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

СПОСОБ ИЗМЕРЕНИЯ РАЗМЕРОВ ОБЪЕКТОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПО ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ФОТОГРАФИИ

Азаров Б. Ф., зам. зав. кафедрой, к. т. н., доцент
АлтГТУ им. И. И. Ползунова, кафедра оснований, фундаментов, инженерной геологии и геодезии, г. Барнаул

Азаров В. Ф., врач, к. м. н. БУЗ ОО КДЦ, эндоскопический отдел
Полужетов В. Л., заведующий кафедрой, д. м. н., профессор
ОмГМУ, кафедра факультетской хирургии с курсом урологии, г. Омск

г. Барнаул, Омск

Актуальность

В практической деятельности врач-эндоскопист постоянно сталкивается с необходимостью определения размеров различных объектов, выявляемых при эндоскопических исследованиях пищеварительного тракта (полипы, новообразования, язвы, дивертикулы, анастомозы и другие). В настоящее время объективные способы оценки параметров указанных объектов основаны на применении стандартного эндоскопического мерного зонда с известной ценой деления, подводимого к измеряемому объекту через биопсийный канал эндоскопа во время эндоскопического исследования (Самоделкина Т. К., 2002; Новаковская Е. А., 2009). При данном способе точность измерения эндоскопических объектов не превышает 2 мм, не всегда удаётся измерить продольный и поперечный размеры объекта из-за подвижности органов во время измерения (перистальтика, сокращения стенок и т. п.), увеличивается продолжительность исследования.

Цель работы – повышение точности определения размеров эндоскопических объектов, устранение необходимости использования дополнительного оборудования (эндоскопического мерного зонда).

Материалы и методы

Для повышения точности измерений эндоскопических объектов нами предложен «Способ измерения размеров объектов пищеварительного тракта по эндоскопической фотографии» (патент на изобретение РФ № 2664179, 07.08.2017), включающий выполнение эндоскопической фотографии измеряемого объекта (ИО) и эталона (Э) во время проведения эндоскопии, далее измеряем размеры объекта и эталона с помощью графического редактора, для чего определяем высоту/длину ($D_э$) и ширину самого эталона ($W_э$) и высоту/длину ($D_{эпр}$) и ширину эталона ($W_{эпр}$) в единицах измерения программы, находим поправочные коэффициенты k_D и k_W определяемые как отношение известных размеров самого эталона к размерам эталона в единицах измерения программы: $k_D = D_э / D_{эпр}$ и $k_W = W_э / W_{эпр}$, размеры эндоскопического объекта высоту/длину (D) и ширину (W), определяем как произведение высоты/длины, измеренной в единицах программы ($D_{пр}$) или ширины ($W_{пр}$), на коэффициенты k_D и k_W соответственно $D = D_{пр} \cdot k_D$ и $W = W_{пр} \cdot k_W$.



■ Азаров Б. Ф.

Предложенный способ позволяет проводить измерения размеров различных объектов пищеварительного тракта по эндоскопической фотографии с точностью до десятых долей миллиметра без использования дополнительных инструментов во время исследования.

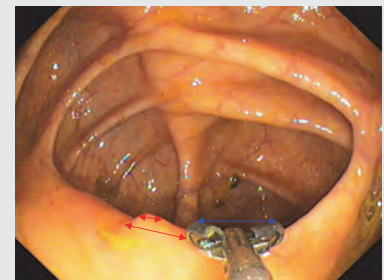


Рис. 1. Измерение ширины основания (W_1) и вершины (W_2) полипа

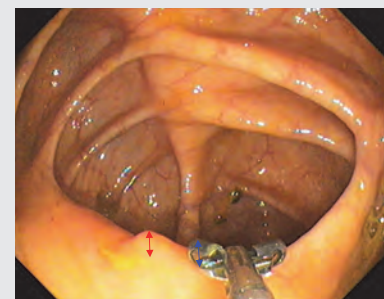


Рис. 2. Измерение высоты/длины (D) полипа

ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ КАК МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ

НЕОПУБЛИКОВАННЫЙ МАТЕРИАЛ 80-Х ГОДОВ XX ВЕКА

Балалыкин А. С., Балалыкин В. Д.
МКНПЦ, 3 ГКБ

г. Москва, Краснодар

Актуальность

Профилактический осмотр — единственное эффективное направление ранней диагностики заболеваний, особенно онкологических, а методы исследования — главная его составляющая. Цель сообщения — показать возможности гастродуоденоскопии при проведении массовых профилактических осмотров организованных групп населения. Клинический материал. Впервые в 1983 г. по приглашению руководства строящейся второй очереди Сургутской ГРЭС, а в 84–88 гг — нефтяников, газовиков и энергетиков Нижневартовска, Уренгоя, Нового Уренгоя, Тюмени, других регионов РФ в 80-е годы мы проводили эндоскопические исследования верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в течение 1–2–3-х недель, в зависимости от количества желающих. Мы не ограничивали этот процесс, но не рассчитывали на «потоки». В ряде регионов круг врачей-специалистов нашей группы и методик расширился за счет использования УЗИ.

Обследовано более 2000 человек, ежедневно по 40–80 пациентов («рекорд» — 112) с 9.00 до 14.30 (рабочий день сотрудников). Контингент — добровольно согласившиеся на обследование рабочие и служащие предприятий. Эндоскопию выполняли два врача. Помощники — работники медицинских подразделений (медпункт, медсанчасть). В цехах составлялись списки желающих и передавались в медпункт. Сотни записавшихся нас встревожили и заставляли искать выход — как одним эндоскопом обследовать сотни людей?

Методика организации и проведения исследования

Схема работы: обследования добровольцев — 2 дня, на 3-й — встреча с обследованными пациентами в клубе, ответы на вопросы, индивидуальные беседы с желающими, передача информации врачам поликлиники. В медпункте организовали эндоскопическую: подвижный операционный стол, подставку (стойка для капельницы) для эндоскопа у головного конца стола с несколькими большими емкостями (3-х литровые бутылки) для мыльного раствора, антисептика, спирта. На столике — инструменты (щипцы, щетки для цитологии, канюля, шприцы), красители (конго красный, раствор люголя, индигокармин), салфетки, флаконы с формалином и т. д. Пациенты занимали место на 10–15 стульях, расставленных по проходным комна-

там, и перемещались по мере освобождения в сторону эндоскопической. Каждому пациенту выдавались заготовленные бланки, которые они сами заполняли ФИО, возраст, жалобы, диагноз предыдущих обследований, графы эндоскопического диагноза и подпись врача (протоколы не писались, но делались рисунки о локализации обнаруженных изменений). По показаниям проводилась премедикация (атропин, седативные). Медсестра подавала врачу обработанный дуоденоскоп, с помощью которого осматривались дистальный отдел пищевода, кардия, желудок и дуоденум до БДС, при извлечении эндоскопа отделы осматривались повторно. По показаниям изучались кислотность и особенности рельефа желудка и пищевода. Извлекаемый врачом эндоскоп обхватывался руками сестрой и обрабатывался салфетками (удалялась слизь) с антисептиками, последовательно помещался в бутылки с растворами и прокачивался ими канал, а сестра повторно обрабатывала поверхность эндоскопа. Эти действия выполнялись пока один пациент вставал со стола, а другой — его занимал. Врач оценивал состояние пациента (при необходимости оставляли под наблюдение), вписывал диагноз в анкету, подписывал направление для дополнительных исследований.

Результаты

Из документов о проведенной нами многолетней работы сохранился один: из 620 обследованных органических изменений при гастродуоденоскопии пищевода, желудка и начального отдела дуоденум не обнаружено у 26 %, эрозивно-язвенные поражения диагностированы у 29 %, полипоидные — у 4 % (произведены полипэктомии), рак — у 0,02 %, у остальных — различные виды гастритов (гиперацидность — у 18 %). Неудачных исследований не было.

Резюме

Эндоскопия — высоко информативный метод исследования органов желудочно-кишечного тракта, который можно было использовать при профилактических обследованиях. С учетом современных требований к эндоскопии она может быть использована в качестве метода профилактического метода при наличии большого количества оборудования и небольшого контингента пациентов.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В СТАЦИОНАРЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Балалыкин В.Д., Балалыкин А.С.
ГКБ № 3, МКНПЦ

г. Краснодар, Москва

Актуальность

Одна из проблем здравоохранения — сохранение доступности качественного лечения за эффективного использования коечного фонда путем развития стационарозамещающих форм (СЗФ) оказания хирургической помощи населению. Одним из средств решения этой проблемы является применение нового направления в хирургии — эндоскопической хирургии.

Цель исследования — оценить возможность применения и эффективность эндохирургии при некоторых хирургических заболеваниях.

Материал и методы

В 1998–2017 гг. накоплен опыт лечения 2617 пациентов с желчекаменной болезнью (калькулезным холециститом-2184, холецисто-холедохолитиазом-321, холедохолитиазом-112), которым выполнено 2938 различных операций: 2505 операций ЛХЭ и у 433 больных 699 чреспапиллярных операций (ЭРПХГ — 382, механическая экстракция, литотрипсия и стентирование желчных протоков пластиковыми стентами — 317); и 92 больных с различными заболеваниями (71-болезнь Рейно, 3-тромбозом плечевой артерии, 18-гиперкератозом), которым произведена операция верхнегрудная симпатэктомия (у 85-двухсторонняя, причем у 75 — без дренирования плевральных полостей).

Результаты

При лечении 2617 больных у 24 (0,92 %) отмечены различные осложнения. Учитывая различный характер операций и опасность осложнений мы проанализировали избирательно их частоту. При проведении 2505 операций ЛХЭ отмечено 4 (0,15 %) повреждения гепатикохоледоха, причем у 1 (0,04 %) — полное пересечение желчного про-

тока. Все пациенты были оперированы профессором В.И. Оноприевым и выздоровели. Самым серьезным осложнением чреспапиллярных операций является острый панкреатит и, естественно, панкреонекроз, который имел место у 7 (1,6 %) пациентов, причем панкреонекроз — у 3 (0,3 %). Все пациенты были переведены в краевую больницу и лечились под руководством В.И. Оноприева. Возникновение подобных серьезных осложнений после проведения чреспапиллярных операций, неожиданных для пациентов и родственников и дискредитирующих эндохирургию и её исполнителей, заставило нас отказаться от их проведения и исключить из арсенала средств лечения холангиолитиаза. Кроме указанных были отмечены у 13 (0,5 %) пациентов другие осложнения (кровоточивость ложа желчного пузыря и разреза БДС, нагноения мест введения троакаров и т.д.), не повлиявших на характер лечения больных.

При проведении 92 операций верхнегрудных симпатэктомий были получены положительные результаты, осложнений не отмечено.

Резюме

Амбулаторная направленность и расширение объема и качества хирургических операций за счет внедрения эндоскопической хирургии представляется большим достижением современной медицины. Соблюдение организационных, тактических и технических принципов обеспечивает успех операций ЛХЭ и грудной симпатэктомии и возможность ее проведения в СКПБ. Использование высококачественных эндоскопических технологий и стационарозамещающих форм лечебных учреждений открывает перспективы сокращения потребления больными лекарственных препаратов (в том числе наркотических), уменьшение сроков временной нетрудоспособности и оплаты больничных листов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПО СКРИНИНГУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПО КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Верходлиб Ю. В., Власов А. А.
ГБУ «Курганский областной онкологический диспансер»

г. Курган



■ Верходлиб Ю. В.

■ Власов А. А.

Актуальность

Колоректальный рак (КРР) представляет собой всемирную проблему с ежегодной заболеваемостью около одного миллиона случаев, а также является второй по частоте причиной смертности среди онкологических заболеваний у мужчин и женщин.

Большинство случаев КРР развивается из спорадических аденом, в некоторых случаях вследствие генетических синдромов полипоза или воспалительных заболеваний кишечника.

Возраст в настоящее время рассматривается как один из основных факторов риска развития КРР. Уже после 40 лет среди формально здорового населения возрастает частота случаев аденомы и других новообразований толстой кишки. Аденома развивается у 5–10 % лиц старше 40 лет, причем с возрастом частота развития этой патологии повышается и в 50–59 лет достигает 35 %.

После 50 лет риск возникновения колоректального рака удваивается в каждую последующую декаду жизни. Практически все современные программы скрининга КРР предусматривают обязательное обследование населения старше 50 лет даже при отсутствии жалоб на дисфункцию кишечника.

Раннее выявление КРР среди населения имеет 2 направления: обнаружение КРР в группах высокого риска, обнаружение КРР у формально здоровых людей, без каких-либо симптомов. К группе высокого риска относят людей, имеющих семейный анамнез в отношении КРР (у родственников I степени), больных, страдающих воспалительными болезнями кишечника в течение 10 лет (хронический язвенный колит или болезнь Крона), людей с выраженным ожирением, не занимающихся физическими нагрузками.

Цель

Уменьшение заболеваемости и смертности от КРР у населения Курганской области с помощью внедрения программы скрининга.

Материалы и методы

С 1 января 2018 года вступил в силу приказ МЗ Российской Федерации от 26 октября 2017 года № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», по которой у лиц в возрасте 49 до 73 лет 1 раз в 2 года проводится исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом. При положительном результате пациентам проводится 2 этап диспансеризации — ректороманоскопия и далее колоноскопия. Дополнительно издан приказ по Курганской области, на 2018 год запланировано 12812 исследований на скрытую кровь.

Результаты

Таким образом в исследовании участвовали все поликлиники Курганской области подведомственные Департаменту здравоохранения Курганской области. Колоноскопия проводилась в 5 лечебных учреждениях, в том числе и отделении эндоскопии ГБУ «Курганский областной онкологический диспансер».

В поликлиниках Курганской области проведено 12192 исследований кала на скрытую кровь, что составило 95 % от запланировано объёма.

У 977 (8 %) пациентов, выявлен положительный иммунохимический тест. Затем пациенты были направлены по маршрутизации на 2 этап диспансеризации- колоноскопию. При проведении колоноскопии было диагностировано 942 (7,7 %) фоновых заболеваний, в том числе полипов. Злокачественных новообразований 35 (3,5 %).

В отделении эндоскопии ГБУ «Курганский областной онкологический диспансер» за период с мая по декабрь 2018 года осмотрено 117 человек. Во время колоноскопии выявлены полипы в 62 случае, что составило 52 %, во всех случаях проводилось тотальное их удаление. У 7 пациентов выявлен КРР в III–IV стадии, по поводу которого проведено радикальное оперативное лечение.

Выводы

Промежуточный этап скрининга КРР показывает высокую чувствительность иммунохимического метода и дает высокие результаты диагностирования патологии толстого кишечника при проведении колоноскопии. Необходимо продолжать данную программу.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКБ ИМ. Н. А. СЕМАШКО.

Гаврилова А. К., заведующая эндоскопическим отделением
Ринчинов В. Б., врач-эндоскопист; Дашацыренова Д. Б., врач-эндоскопист; Твердохлебов П. О., врач-эндоскопист
РКБ им. Н. А. Семашко

📍 Республика Бурятия, г. Улан-Удэ



■ Гаврилова А. К.



■ Ринчинов В. Б.



■ Дашацыренова Д. Б.



■ Твердохлебов П. О.

Введение

На современном этапе развития эндоскопические методы диагностики эффективны и с высокой точностью достоверны. Современное развитие эндоскопической аппаратуры дает большие возможности в диагностике новообразований ЖКТ, ТБД на ранних стадиях, других заболеваний для уточнения диагноза, лечебной тактики. Значительно расширились возможности оказания специализированной медицинской помощи в виде стационарзамещающих технологий в условиях дневного стационара.

Цель

Оценить качество оказания специализированной медицинской помощи по эндоскопии и опыт применения стационарзамещающих технологий на базе эндоскопического отделения для оптимизации медицинской помощи населению.

Результаты

В 2015 году с открытием приемно-диагностического корпуса РКБ им. Н. А. Семашко, эндоскопическое отделение больницы получило возможность работать в новых современных условиях. Отделение оснащено современным эндоскопическим и электрохирургическим оборудованием, отдельной малой эндоскопической операционной. Одновременно был открыт дневной стационар для эндоскопического отделения.

Начиная с 2015 года, отделение выполняет до 16 000 диагностических исследований и лечебных манипуляций в год. Выполнение значительного количества диагностических исследований (более 10 000), выявление на диаг-

ностическом этапе различной патологии органов, в виде эпителиальных новообразований, а также других заболеваний, поставило перед отделением задачу о тактике и способах лечения выявленной патологии. За период работы с 2015 года по 2017 год в отделении было проведено эндоскопических внутриспросветных операций — 1290. Соответственно, по годам: 385 — в 2015 году, 402 — в 2016 году, 503 — в 2017 году. В дневном стационаре было пролечено: 2015 г — 115 пациентов, 2016 г — 127 пациентов, 2017 г — 141.

Уже в первый год работы эндоскопического отделения в новых условиях, остро стал вопрос о ведении пациентов в послеоперационный период. Например, удаление небольших эпителиальных новообразований в желудке или пищеводе не требует круглосуточного наблюдения в стационаре. Но необходимо уделить особое внимание в первые несколько часов после проведенной эндоскопической операции (петлевая полипэктомия, резекция слизистой и т. п.) для исключения послеоперационных осложнений, например, в виде отсроченного кровотечения. Это особенно актуально у пациентов пожилого и старческого возраста. Проведение оперативной манипуляции (например, «холодная» щипцовая полипэктомия) в условиях поликлинического приема также имеет определенные риски как для пациента, так и для врача эндоскописта. Время для осмотра пациента, выделенное для поликлинического приема, строго ограничено согласно регламентирующим документам. Поэтому уделить особое внимание пациентам после проведения даже расширенной манипуляции, в виде «холодной» щипцовой полипэктомии, расширенной биопсии, врачу затруднительно. При этом и сам пациент будет находиться в условиях, не приспособленных для

Табл. 1. Показания для госпитализации в дневной стационар для проведения хирургического лечения пациентов

	Нозологическое заболевание	МКБ 10	Код эндоскопической операции	Примечание
1	Доброкачественное новообразование пищевода, тип 0–1p, 0–1sp (по Парижской классификации 2005 г.), размерами не более 1,0 см, основание от 0,5 см. Гистологически верифицированное	D 13.0	A16.16.041.001 A16.16.051	Под общей анестезией
2	Доброкачественное новообразование желудка, тип 0–1p, размерами от 1,0см до 2,0 см, диаметр ножки до 1,0 см. Гистологически верифицированное	D 13.1 D 13.2	A16.16.039 A16.16.052	Под общей анестезией
3	Доброкачественное новообразование желудка, 12ПК тип 0–1s, размерами от 1,0 см до 3,0 см. Гистологически верифицированное	D 13.1 D 13.2	A16.16.038 A16.16.052 A16.17.015	Под общей анестезией
4	Подслизистые новообразования пищевода, желудка, 12ПК, размерами от 1,0 см до 2,0 см, неосложненные	D 13.0 D 13.1 D 13.2	A16.16.038.001 A16.16.041.002 A16.16.052 A16.17.015	Под общей анестезией
6	Ахалазия кардии 2–3 ст	K22.0	A16.16.032.002	Под общей анестезии при повторной госпитализации. Первичная госпитализация при данной патологии в круглосуточный стационар
7	Рубцовый стеноз пищевода 2–3 ст	K22.2	A16.16.006.001	Под общей анестезии при повторной госпитализации. Первичная госпитализация при данной патологии в круглосуточный стационар
8	Рубцовый послеоперационный стеноз (стриктура) анастомозов ЖКТ 2–3 ст.	Z98.0	A16.30.045 A16.30.046	Под общей анестезии при повторной госпитализации
9	Доброкачественные образования гортани (голосовых связок), размерами до 0,5 см, одностороннее, двустороннее. Гистологически верифицированное	D 14.1	A16.08.040.006	Под местной анестезией
10	Доброкачественное новообразование толстой кишки, тип 0–1p, размерами от 0,5см до 2,0–3,0 см, диаметр ножки не более 0,5 см. Гистологически верифицированное.	D 12.0 – D 12.8	A16.18.019.001	Под общей анестезией
11	Доброкачественные новообразования толстой кишки, тип 0–1s, LST-NG (латерально распространяющиеся), размерами от 1,0см до 2,0 см. Гистологически верифицированное	D 12.0 – D 12.8	A16.18.025 A16.18.027	Под общей анестезией
12	Множественные доброкачественные новообразования толстой кишки, тип 0–1p, размерами от 0,5см до 2.0 см, диаметр ножки до 0,5 см. Гистологически верифицированное	D 12.0 – D 12.8	A16.18.019.001 A16.18.027	Под общей анестезией

наблюдения за его состоянием в течение более длительного времени.

Госпитализация пациентов в круглосуточный стационар для проведения малоинвазивных эндоскопических операций имеет определенные неэффективные затраты. Для оплаты истории болезни согласно КСГ круглосуточного стационара пациент должен находиться в медицинском учреждении не менее 5 дней. Это дополнительные экономические затраты для стационара в виде оказания услуг: питание, уход среднего и младшего медицинского персонала, обязательный перечень клинических лабораторных анализов для оформления выписки пациента и т. д. А главное, пациент занимает место в круглосуточном стационаре в течение 5 суток, не нуждаясь в интенсивном лечении и наблюдении.

Учитывая опыт своей работы и общие рекомендации других клиник, ввиду отсутствия регламентирующих документов, в эндоскопическом отделении были разработаны показания для госпитализации пациентов в дневной стационар эндоскопического отделения.

Пациенты поступают в дневной стационар эндоскопического отделения в плановом порядке. При поступлении обязательно должны иметь анализы и результаты инструментального обследования согласно клиническим рекомендациям оказания специализированной медицинской помощи по плановой хирургии. Предварительно пациентам даются рекомендации по подготовке к каждому виду эндоскопической операции. Эндоскопическое опе-

ративное лечение проводится в день поступления. Срок госпитализации 3 дня при удалении новообразований, до 5 дней при проведении этапного лечения, в частности, сеансов бужирования, баллонной дилатации доброкачественных стриктур ЖКТ, ахалазии кардии.

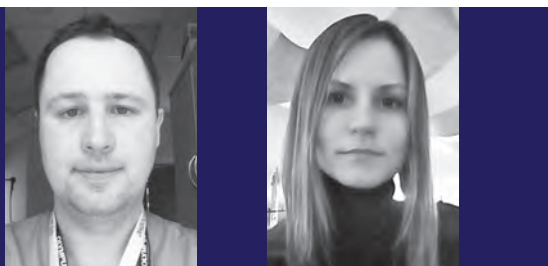
Выводы

1. Разработка данных показаний позволило упорядочить поток пациентов, которые направляются поликлиническими медицинскими учреждениями на плановое эндоскопическое лечение в дневной стационар эндоскопического отделения.
2. Значительно снижены риски ранних послеоперационных осложнений в связи с возможностью наблюдения пациентов в первые часы после проведения оперативного эндоскопического лечения.
3. Снизились затраты лечебного учреждения ввиду отсутствия необходимости круглосуточного наблюдения, организации питания, ухода, проведения лекарственного лечения в течение всей госпитализации.
4. Уменьшились сроки ожидания пациентами на госпитализацию для проведения эндоскопического лечения вследствие отсутствия необходимости госпитализации в круглосуточный стационар.
5. Наличие дневного стационара значительно расширило возможности внедрения новых технологий оказания качественной специализированной медицинской помощи населению.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ О ВНЕСЕНИИ В СТАНДАРТ ПРОТОКОЛА ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ КРИТЕРИЕВ ПЕРЕНОСИМОСТИ ГАСТРОСКОПИИ И ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ПОДГОТОВКИ К ИССЛЕДОВАНИЮ

Гришаев А. В., врач-эндоскопист, ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», ООО «Клиника Эксперт Смоленск»
Пасынкова Т. А., врач-эндоскопист, ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», ОГБУЗ поликлиника № 4

г. Смоленск



■ Гришаев А. В.

■ Пасынкова Т. А.

Эзофагогастродуоденоскопия является современным стандартным методом для исследования пищевода, желудка, 12п.к. Условиями эффективности гастроскопии является выполнение алгоритма диагностики, использования современной техники осмотра. Важным фактором является подготовка к исследованию, ее уровень имеет решающее значение для эффективности осмотра и выявления патологического процесса.

Неадекватность подготовки, вкупе с неудовлетворительной переносимостью исследования — не позволяют достоверно и в полной мере высказаться о наличии, либо отсутствии патологических изменений, а зачастую ведут к пропуску патологического процесса в ранней стадии. Затруднение визуализации слизистой оболочки ведет к увеличению временного промежутка самого исследования, добавляется время затраченное на аспирацию содержимого (слюны, желчи, слизи и т.п.), требуется использование дополнительного оборудования (водоструйных помп), или назначение проведения повторного исследования после проведения тщательной подготовки и возможно в условиях медикаментозной седации, а следовательно дополнительным материальным затратам, нежеланию пациента проходить своевременные повторные или контрольные исследования.

Состояние очищения верхних отделов желудочно-кишечного тракта должно быть учтено и отражено в протоколе гастроскопии. Описательная часть протокола страдает при неполном исследовании из-за ограниченной видимости слизистой оболочки: отмечаются сложности

при выявления, расположении, размеров, типа роста, рисунка крипт и т.д. Распыление красителей на не отмытую поверхность ограничивают выявление небольших поражений, неоплазий плоского, диффузного типа роста. Современное состояние эндоскопии с применением технологий обработки изображений с увеличительной эндоскопией требуют более тщательной оценки подозрительных участков и обеспечение их дифференциации, прогнозирование предполагаемой гистологической структуры (оптимизируется прицельность выполнения биопсии или отпадает необходимость выполнения избыточных слепых биопсий).

По аналогии с проводимыми образовательными программами по колоноскопии, в которых по рекомендации европейского общества по гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) в протокол включаются данные о подготовке кишечника, переносимости исследования (в случае выполнения под местной анестезией или без), так и к протоколу по гастроскопии должны предъявляться такие же требования. От полноты информации при максимально видимой эндоскопической картине напрямую зависит точность постановки диагноза, качество диагностики.

Опубликованы шкалы оценки подготовки кишечника к колоноскопии: шкалы Оттава, Бостон, Чикаго, Лейтон, Арончик и др. — являются валидированными ресурсами для оценки состояния подготовки толстой кишки. Предлагаем ввести в описательную часть протокола аналогичные шкалы — проведение численной (бальной) оценки состояния готовности желудка к исследованию. При оформлении результатов гастроскопии указывать характеристику: плохая, некачественная, адекватная, хорошая, отличная.

Доля пациентов сообщаящих о дискомфорте при выполнении гастроскопии неприемлемо высока. Дискомфорт и недостаточная переносимость исследования неблагоприятно влияют на выполнение и результаты исследования. В условиях отсутствия возможности проведения седации увеличивается количество не полностью выполненных, незавершенных исследований. В то же время недостаточная переносимости и подго-

Шкала оценки качества подготовки верхних отделов ЖКТ к ВЭГДС	
Оценка в баллах	Описание
0 баллов визуализация полностью отсутствует	Для визуализации доступно < 10 % слизистой желудка или осмотр полностью невозможен. Просвет желудка полностью или почти полностью заполнен содержимым, может быть представлено: <ul style="list-style-type: none"> • пищей; • застойным желудочным содержимым (при стенозах различного генеза и иных причин препятствующих эвакуации содержимого); • кровь (свежая или измененная, либо в виде крупного сгустка) и т.д.
1 балл плохая подготовка	Осмотру доступны отдельные сегменты слизистой (> 10 %, но <30 % слизистой желудка). Допускается значительное количество внутрипросветного содержимого, преимущественно в теле желудка (невозможен осмотр большой кривизны, ограничен по передней и задней стенкам тела желудка). Но при этом, сохраняется возможность проведения аппарата под визуальным контролем вдоль малой кривизны в антральный отдел желудка и нижележащие отделы. Содержимое может быть представлено: <ul style="list-style-type: none"> • желчью; • пищей; • кровью (свежей или измененной) и т.д.
2 балла удовлетворительная подготовка (посредственная)	Для осмотра доступно >30 %, но <70 % слизистой желудка и 12п. кишки. Допускается умеренное количество внутрипросветного содержимого, преимущественно сконцентрированного по большой кривизне в в/3 и с/3 тела желудка). Содержимое может быть представлено: <ul style="list-style-type: none"> • желчью; • фрагментами пищевых масс; • кровью (свежей или измененной); • жидкостью прозрачной или окрашенной (вода, чай, кофе, контраст после рентгенологических исследований) и т.д.
3 балла хорошая подготовка	Осмотру доступны >70 %, но <90 % слизистой. Допускается небольшое количество внутрипросветного содержимого, в виде: — ослизненной или прозрачной жидкости; — примесью желчи; — незначительного количества солянокислого гематина на слизистой. Оптимальная визуализация отдельных сегментов может быть достигнута после отмывания водой через канал эндоскопа для подачи воды или с помощью эндоскопической помпы для подачи воды, с последующей аспирации жидкого содержимого.
4 балла отличная подготовка	Детальному осмотру доступно >90 % слизистой. Все отделы желудка и 12-п. кишки отчетливо визуализируются. Незначительное количество ослизненной жидкости или светло-желтой желчи абсолютно не мешают детальному осмотру и с легкостью могут быть аспирированы через канал эндоскопа.

товка сопряжены с увеличением временного интервала исследования и ошибками в диагностике заболеваний, определения достоверной семиотики предраковых заболеваний.

Плохая переносимость пациентом ВЭГДС, может зависеть от нескольких факторов:

1- Соматически обусловленное (тяжелое общее соматическое состояние: возраст, гипо- или гипертензия; декомпенсация хронических заболеваний легких, сердечно-сосудистой системы и т.д.);

2- Психологически ассоциированные аспекты: особенности поведенческой реакции, отсутствие комплаенса «врач-пациент», отсутствие мотивации у пациента и т.д.

Выводы

В ежедневной практике врач-эндоскопист сталкивается с различным уровнем подготовки к гастроскопии и переносимостью исследования. Установлено, что выявление патологии коррелирует с качеством подготовки к исследованию, выявление образований увеличивается при полноценной переносимости исследования.

Протокол гастроскопии должен включать оценку качества подготовки слизистой желудка с помощью валидированной шкалы. Считаю целесообразным включать в протокол гастроскопии информацию о качестве подготовки и переносимости исследования. Эффективность этого является основой для высокого качества

Шкала переносимости исследования (ВЭГДС) пациентом	
Оценка в баллах	Описание
0 баллов неприемлемая	Поведение пациента «буйное», «агрессивное» — не следует указаниям врача (мед. персонала). Поднимается с кушетки, прибегает к попыткам самовольно извлечь аппарат (или извлекает его), закусывает вводимую часть эндоскопа и т. д.
1 балл плохая	Пациент ведет себя беспокойно: регулярно стравливает инсuffлируемый воздух, стонет, приподнимается на кушетке (меняя положение тела) и т. д. Соответствующим поведением, пациент — значительно ограничивает расправление стенок желудка и 12п. кишки, затрудняет детальную визуализацию отдельных участков слизистой и препятствует уточнению достоверной локализации патологических изменений
2 балла хорошая	Пациент следует указаниям врача, «старательно» глубоко дышит, иногда частично стравливает инсuffлируемый воздух
3 балла отличная	Пациент спокоен, удерживает инсuffлируемый воздух на протяжении всего исследования. Выполняет все указания врача

исследования, определения достоверной семиотики предраковых заболеваний, оценка риска развития патологии, прогнозирования и назначения контрольных осмотров, снижению, неверной интерпретации и пропуска нозологии.

Максимально полное ведение учета исследования, полнота информации в заключении врача-эндоскописта

позволят внедрить в практику разработки скрининговых программ верхних отделов ЖКТ, вести работу в области канцерпревенции раннего рака желудка, в свою очередь правильная оценка показателей качества скрининговой гастроскопии позволяет оценивать эффективности проводимых исследований, ведет к снижению количества интервального поражения.

АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ. ЭТАПЫ

Дуванский В. А., д. м. н., проф., зам. директора по научной работе, рук. отделения эндоскопической хирургии ФГБУ «ГНЦ лазерной медицины им. О. К. Скобелкина ФМБА России», зав. кафедрой эндоскопии, эндоскопической и лазерной хирургии Российского университета дружбы народов, рук. комитета по образованию Правления «Российского эндоскопического общества РэндО»

г. Смоленск

Изменение системы допуска к профессиональной деятельности медицинских работников определены приказами Министерства здравоохранения РФ: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 февраля 2016 г. N 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов»; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2016 года N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».

До 1 января 2016 года допуском к профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников являлась процедура сертификации специалиста: после окончания вуза выпускник должен был пройти обучение в интернатуре или ординатуре с последующей сертификацией и допуском к профессиональной деятельности на 5 лет; в течение пятилетнего периода он должен был пройти обучение на цикле повышения квалификации с последующей сертификацией и опять мог быть допущен к профессиональной деятельности на пятилетний срок; для получения новой квалификации специалист мог пройти профессиональную переподготовку с последующей сертификацией и допуском к новому виду профессиональной деятельности также на 5 лет.

С 1 января 2016 года внедряется новая процедура допуска к профессиональной деятельности — аккредитация специалиста.

Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года включительно (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с изменениями, внесенными ФЗ от 29.12.2015 № 389-ФЗ, приказ Минздрава России от 25.02.2016 № 127н):

I этап — с 1 января 2016 года: выпускники вузов, освоившие после 1 января 2016 года программы высшего образования в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами (далее — ФГОС) по специальностям «Стоматология» и «Фармация» (уровень специалитета);

II этап — с 1 января 2017 года: выпускники вузов, освоившие после 1 января 2017 года другие программы высшего медицинского образования в соответствии с ФГОС (уровень специалитета);

III этап — с 1 января 2018 года: — лица, освоившие после 1 января 2018 года программы высшего медицинского и фармацевтического образования в соответствии с ФГОС



Дуванский В. А.

(уровень ординатуры); — лица, освоившие после 1 января 2018 года программы профессиональной переподготовки. Этот этап был перенесен на 1 января 2019 года Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. № 1043н».

Приказом Минздрава России от 21.12.2018 № 898н внесены изменения в сроки и этапы аккредитации медицинских специалистов (утверждены приказом Минздрава РФ 1043н от 22.12.2017 г.), согласно которым:

- с 1 января 2019 года аккредитацию пройдут выпускники ординатур по 6 специальностям: «Неврология», «Кардиология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Педиатрия», «Терапия», а также лица, прошедшие по тем же специальностям профессиональную переподготовку (программа ПП должна быть разработана на основании установленных квалификационных требований, профстандартов и требований, соответствующих ФГОС ВО (уровень ординатуры) к результатам освоения образовательных программ).
- с 1 января 2020 года аккредитацию пройдут лица, получившие после 1 января 2020 года медицинское и фармацевтическое образование в иностранных государствах;

лица, получившие после 1 января 2020 года дополнительное профессиональное образование по программам профессиональной переподготовки, разработанным на основании установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов и требований соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального и (или)

высшего образования к результатам освоения образовательных программ

IV этап — с 1 января 2021 года: иные лица, не прошедшие процедуру аккредитации специалистов на этапах I–III.

В рамках подготовки к первичной специализированной аккредитации специалистов в 2019 году, 21.01.2019 г. открыт репетиционный экзамен для подготовки к первому этапу аккредитации по специальностям «Кардиология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Терапия», «Неврология» и «Педиатрия». Пройти репетиционное тестирование вы можете на сайте Федерального методического центра аккредитации в разделе «Первичная специализированная аккредитация» http://fmza.ru/fos_primary_specialized/.

В период времени с 1 января 2016 по 1 января 2021 года допуск к профессиональной деятельности осуществляется как через аккредитацию, так и через сертификацию специалиста, в зависимости от срока прохождения «последней» сертификации или аккредитации специалиста.

Специалисты, прошедшие «последнюю» сертификацию до 1 января 2016 года, после истечения срока полученного сертификата еще однократно будут допускаться к профессиональной деятельности через процедуру сертификации специалиста. При этом сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 года, действуют до истечения, указанного в них срока.

Повышение квалификации специалистов, прошедших «последнюю» сертификацию или аккредитацию после 1 января 2016 года, будет проходить в рамках системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования в виде индивидуального пятилетнего цикла обучения по соответствующей специальности (далее — индивидуальный пятилетний цикл).

Первичная специализированная аккредитация осуществляется на основании и в соответствии с Положением об аккредитации специалистов (с соответствующими поправками) и полностью повторяет процедуру первичной аккредитации специалистов. Она, как и процедура первичной аккредитации, состоит из трех этапов: это тестирование, проверка практических навыков (так называемый структурированный объективизированный клинический экзамен) и собеседование (по клиническим ситуациям, задачам).

Образовательный стандарт подготовки специалистов четко завязан на соответствие результатов подготовки профессиональному стандарту по соответствующей специальности. Кроме того, в соответствии с поправками в ФЗ-323 с 2019 года по вопросам применения клинических рекомендаций, а также содержанию профессиональных стандартов, оценочные средства по специальностям четко ориентированы на содержание соответствующих клинических рекомендаций по специальностям.

ЭКСТРЕННАЯ ЭНДОСКОПИЯ В БЛАГОВЕЩЕНСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Косолапов В.В., врач эндоскопист; Иванов А.В., зав. отделением; Подсмаженко И.С., врач эндоскопист
ГАУЗ АО Благовещенская городская клиническая больница, эндоскопическое отделение

г. Благовещенск

Экстренные эндоскопические исследования, проводятся в неотложных состояниях пациента, угрожающие его жизни либо с целью уточнения, исключения сопутствующей патологии. В большинстве случаев эндоскопия выполняется сразу же после поступления пациента в приемный покой. Наша клиника имеет большой опыт выполнения экстренных эндоскопических исследований — больница оказывает экстренную помощь по хирургии 5 дней в неделю, по терапевтическому профилю ежедневно (на 250 тысяч населения в городе). Круглосуточно дежурит врач эндоскопист и медицинская сестра.

В данной статье изложен анализ работы эндоскопического отделения в экстренной эндоскопии за 2018 год. Количество экстренных исследований: гастроскопий — 1768, бронхоскопий — 691, колоноскопий — 5. Основные неотложные состояния, встречающиеся в нашей клинике при которых выполняются экстренные эндоскопические исследования:

- Дифференциальная диагностика острой хирургической патологии — 2255 (91,6 %)
- Кровотечения различной этиологии — 199 (8 %): при гастроскопии- 192 исследования, бронхоскопии — 4, кишечных кровотечениях — 3.
- Инородные тела ЖКТ и дыхательных путей — 10 (0,4 %)

Этиология кровотечений желудочно-кишечного тракта в экстренной эндоскопии довольно обширна. Нозологии встречающиеся у нас в больнице: синдром Мелори –Вейса 43, из варикозно-расширенных вен пищевода (сокр. — ВРВП) 29, язва желудка — 57, язва луковицы 12 перстной кишки — 35, из эрозий желудка и 12 перстной кишки 31, рак в стадии распада опухоли 12. Как видно чаще всего мы встречаемся с кровотечениями из язв желудка. В случае продолжающегося кровотечения и при неустойчивом

гемостазе с целью профилактики рецидива, применяются следующие методики для остановки кровотечений: коагуляция: электрокоагуляция — 16 случаев (26 %), аргоноплазменная коагуляция — 45(26 %) инъекционный гемостаз — 3случая.

Как отдельный метод остановки кровотечения инъекционный гемостаз не используется из-за высокого риска развития рецидива кровотечения. При инъекции используем аминокaproновую кислоту 5 % от 10 до 50 мл, 1 %H₂O₂ до 10мл, физ раствор с S. Adrenalinі 0.011.0 на 10 мл физ раствора. При продолжающемся кровотечении из ВРВП устанавливаем зонд Блэкмора, а в отсроченном порядке при стабилизации состояния пациента — проводим склерозирование или лигирование (2 и 9 случаев соответственно). Предпочтение отдаем лигированию, так как в дальнейшем рецидив развития кровотечения меньше. Клипирование используем редко.

При бронхоскопии экстренные исследования применяют при острых гнойно-воспалительных заболеваниях бронхиального дерева (санации), при диагностике повреждений целостности стенки трахеи, удаление инородных тел. За 2018 год повреждение трахеи при интубации пациента встречалось в 3-х случаях, в дальнейшем интубация проводилась под контролем бронхоскопа, манжета на интубационной трубки раздувалась ниже повреждения.

Выводы

Исходя из выше предоставленных данных, основная роль экстренных эндоскопических исследований приходится на диагностику острых хирургических болезней, дифференциальную диагностику. При поступлении больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, эндоскопические методы диагностики и лечения используются на 100 %.

СИСТЕМАТИЗИРУЮЩАЯ «МОСКОВСКАЯ» КЛАССИФИКАЦИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ЖКТ)

НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ (НПВП) И АНТИТРОМБОТИЧЕСКИМИ (АТП) ПРЕПАРАТАМИ

Лазебник Л. Б., д. м. н., проф., МГСМУ им. А. И. Евдокимова, кафедра поликлинической терапии
Белова Г. В., д. м. н., зав. поликлиникой, зам. гл. врача по амбулаторно-поликлинической помощи
Многопрофильный медицинский центр Банка России

г. Москва

Цель работы

Представить удобную для практического применения систематизирующую классификацию мультифокальных повреждений ЖКТ на фоне приема НПВП и АТП.

Материалы и методы

Для разработки классификации был использован собственный опыт и данные *PubMed*, *Cochrane Library*, *MDConsult*, *DynaMed*, *Google Scholar*.

Результаты

Разработанная классификация представляет собой «формулы» в виде буквенно-цифровых символов и последующего каскада, включающего стратификацию рисков рецидива кровотечения и тромбоза.

Общая шкала включает: наименование отдела ЖКТ- E (esophagus), G (gaster), D (duodenum), I (intestine), C (colon); данные эндоскопии: 0 — отсутствие изменений; I «reddened lesions»; II — эрозии, язвы; III — кровоточащие опухоли и полипы; ? — нет обследования отдела ЖКТ; характеристики кровотечения из очага повреждения: а — продолжающееся, б — перенесенное. Примеры общей шкалы: E 0G0D 0I0C 0 или E 0G0DII? CIIIb

Уточняющая шкала включает: степень тяжести кровопотери (Rockall): A0 — нет кровотечения, A1 — легкая степень кровотечения, A2 — средняя степень тяжести кровопотери, A3 — тяжелая степень кровопотери, A4 — рецидив кровотечения; степень риска тромбоэмболических осложнений: T 1 — низкий, T 2 — промежуточный, T 3 — высокий.

Примеры формулы расширенная (уточняющая) шкала: EIA0T 3 или CIIa A3.

Для стратификации рисков кровотечения и тромбоза общепринятыми являются шкалы HAS-BLED и CHA2DS2-VASc, которые имеют одинаковое максимальное значение балльных величин 9, что позволяет определить зону наибольшего риска с целью коррекции.

Заключение

Разработанная классификация относится к модели медицины «Трех П»: персонифицированной, профилактической и предиктивной, где за простой формулой стоит учет значительного числа гендерных, анамнестических, функциональных и клинико-лабораторных показателей. Применение «Московской классификации» относится к системе поддержки принятия решения в отношении тактики ведения пациентов со сложной коморбидной патологией.

О НОВОЙ СИСТЕМЕ ДОПУСКА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕРЕЗ ПРОЦЕДУРУ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА

Нечипай А. М., д. м. н., проф., зав. кафедрой эндоскопии
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

г. Москва

До 2009 года возможность получить дополнительное профессиональное образование по специальности «Эндоскопия» была жестко регламентированной: допускались только лица с послевузовским или дополнительным профессиональным образованием по специальности «Хирургия». Приказом МЗ и СР РФ от 7 июля 2009 г. N 415-н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» это ограничение было снято для представителей ряда медицинских специальностей. Новые квалификационные требования (с изменениями и дополнениями от 26 декабря 2011 г.) представлены в табл. 1:

В последнее десятилетие в практическом здравоохранении страны и в непосредственном образом связанной



■ Нечипай А. М.

с ним системе послевузовского медицинского образования происходят существенные перемены; называют последние по-разному, однако чаще всего фигурируют определения «модернизация» и «оптимизация». Их целью, по убеждению разработчиков, является повышение качества оказываемой населению медицинской помощи. Предтечей таких перемен стали ФЗ от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ФЗ от 29.12.2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Указанные законы, а также ряд принятых в обеспечение их исполнения нормативных правовых актов Правительства и федеральных органов исполнительной власти, обусловили наращивание материально-технического и технологического потенциала здравоохранения, что, в свою очередь, потребовало поднятия профессионального уровня медицинских работников.

До 1 января 2016 года к профессиональной деятельности допускались медицинские и фармацевтические работники, прошедшие процедуру сертификации (Рис. 1) и имеющие «Сертификат специалиста».

Процедура сертификации заключалась в следующем:

- после окончания вуза выпускник должен был пройти обучение в интернатуре или ординатуре с последующей сертификацией и допуском к профессиональной деятельности на 5 лет;
- в течение пятилетнего периода он должен был пройти обучение на цикле повышения квалификации с последующей сертификацией и опять мог быть допущен к профессиональной деятельности на пятилетний срок;



Рис. 1. Система допуска к профессиональной деятельности через процедуру сертификации специалиста (<https://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin>)

Табл. 1

Специальность "Эндоскопия"		
1	Необходимый уровень профессионального образования	Высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия»
2	Послевузовское профессиональное образование или дополнительное образование	<ul style="list-style-type: none"> - Ординатура по специальности «Эндоскопия» или - Профессиональная переподготовка по специальности «Эндоскопия» при наличии послевузовского образования по одной из специальностей: <ul style="list-style-type: none"> • Акушерство и гинекология • Анестезиология-реаниматология • Гастроэнтерология • Детская онкология • Детская хирургия • Оториноларингология • Общая врачебная практика (семейная медицина) • Онкология • Педиатрия • Пульмонология • Терапия • Торакальная хирургия • Травматология и ортопедия • Хирургия • Челюстно-лицевая хирургия
3	Дополнительное профессиональное образование	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности

• для получения новой квалификации специалист мог пройти профессиональную переподготовку с последующей сертификацией и допуском к новому виду профессиональной деятельности также на 5 лет.

Концепция развития непрерывного медицинского образования (НМО) в Российской Федерации подготовлена во исполнение Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598, в котором поставлена задача разработки современной программы повышения квалификации и оценки уровня знаний медицинских работников и в целях реализации положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с изменениями, внесенными ФЗ от 29.12.2015 № 389-ФЗ: медицинские работники обязаны повышать свою квалификацию (статья 73) и не реже 1 раза в 5 лет проходить аккредитацию в соответствии с порядком установленным Минздравом РФ (статья 69).

Реализация этой концепции потребовала изменения существующей системы допуска к профессиональной деятельности. По этой причине с 1 января 2016 года начала внедряться **новая процедура допуска к профессиональной деятельности — аккредитация специалиста**. Под аккредитацией понимается разрешительная процедура для продолжения практической деятельности по определенной специальности.

То., в соответствии со статьей 69 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011, **право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации с 1 января 2016 года имеют лица, получившие медицинское или иное образование в РФ в соответствии**

с ФГОС и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно в период с 1 января 2016 г. по 31 декабря 2025 г. включительно (ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с изменениями, внесенными ФЗ от 29.12.2015 № 389-ФЗ, приказ Минздрава России от 22 декабря 2017 г. N 1043н):

I этап — с 1 января 2016 года: выпускники вузов, освоившие после 1 января 2016 года программы высшего образования в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами (далее — ФГОС) по специальностям «Стоматология» и «Фармация» (уровень специалитета);

II этап — с 1 января 2017 года: выпускники вузов, освоившие после 1 января 2017 года другие программы высшего медицинского образования в соответствии с ФГОС (уровень специалитета);

III этап — с 1 января 2018 года: лица, освоившие после 1 января 2018 года:

- программы высшего медицинского и фармацевтического образования в соответствии с ФГОС (уровень ординатуры);
- программы высшего медицинского и фармацевтического образования в соответствии с ФГОС (уровень бакалавриата, уровень магистратуры);
- программы среднего медицинского и фармацевтического образования в соответствии с ФГОС;

- программы профессиональной переподготовки;
 - иные программы высшего образования в соответствии с ФГОС;
- а также лица, получившие после 1 января 2018 года медицинское и фармацевтическое образование в иностранных государствах.

IV этап — с 1 января 2021 года: иные лица, не прошедшие процедуру аккредитации специалистов на этапах I–III.

В период с 1 января 2016 по 1 января 2021 года допуск к профессиональной деятельности осуществляется как через аккредитацию, так и через сертификацию специалиста, в зависимости от срока прохождения «последней» сертификации или аккредитации специалиста.

Специалисты, прошедшие «последнюю» сертификацию до 1 января 2016 года, после истечения срока полученного сертификата еще однократно будут допускаться к профессиональной деятельности через процедуру сертификации специалиста. При этом сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 года, действуют до истечения указанного в сертификатах срока.

Специалисты, прошедшие «последнюю» сертификацию или аккредитацию после 1 января 2016 года, к професси-

ональной деятельности будут допускаться через процедуру аккредитации специалиста:

- после освоения программы специалитета выпускник должен пройти **первичную аккредитацию специалиста** и получить допуск к профессиональной деятельности на 5 лет;
- с этого же времени он входит в систему **непрерывного медицинского и фармацевтического образования** (далее — непрерывное образование) в виде индивидуального пятилетнего цикла обучения по соответствующей специальности (далее — индивидуальный пятилетний цикл), по окончании которого может быть допущен до **повторной аккредитации**. При успешном прохождении повторной аккредитации специалист допускается к профессиональной деятельности еще на 5 лет;
- для получения новой квалификации специалист может пройти ординатуру или профессиональную переподготовку с последующей **первичной специализированной аккредитацией специалиста** и допуском к новому виду профессиональной деятельности также на 5 лет (Рис. 2).

Повышение квалификации специалистов, прошедших «последнюю» сертификацию после 1 января 2016 года, будет проходить в рамках системы НМО в виде индивидуального пятилетнего цикла обучения по соответствующей специальности. Такое обучение включает формирование индивидуального плана обучения по соответствующей специальности и последующее его дискретное освоение в течение 5 лет, по окончании которого специалист допускается к процедуре аккредитации. Таким образом, врач за 5 лет должен накопить — 250 кредитов (250 часов образовательной активности), при этом, в течение каждого из этих 5-ти лет не менее 50 кредитов.

Не стала исключением и эндоскопия, рассматриваемая в данном контексте и как медицинская специальность, и как профессиональная среда, объединяющая медицинских работников разных категорий (врачей, медицинских сестер, младшего медицинского персонала и др.). Происходящий в этой среде технический и технологический бум, выражающийся постоянным и непрерывным внедрением в клиническую практику всё новых и новых суперсовременных электронных эндоскопических систем с невиданными ранее функциональными возможностями и новейшими технологическими решениями, повысил требования к уровню профессиональной подготовки персонала, работающего с этим оборудованием. Представленные выше алгоритмы реализации концепции непрерывного профессионального образования универсальны и распространяются на лиц с высшим и средним медицинским образованием, избравшим для реализации своих знаний, навыков и умений специальность «Эндоскопия», либо планирующих после прохождения профессиональной переподготовки и первичной специализированной аккредитации дальнейшую профессиональную деятельность по этой специальности.

Аккредитация подлежит, также, образовательные учреждения, работающие в системе непрерывного медицинского образования и осуществляющие подготовку медицинских работников в соответствии с ФГОС (федеральными государственными образовательными стандартами).



Рис. 2. Система допуска к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации специалиста (<https://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin>)

ДИАГНОСТИКА HELICOBACTER PYLORI: ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОДЫ. ЧТО? ГДЕ? КОГДА?

Пиханов Р.В., врач-эндоскопист
Раевская А.Н., врач-эндоскопист
Филин А.А., зав. эндоскопическим отделением, врач-эндоскопист
ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»

г. Санкт-Петербург



■ Пиханов Р. В.

■ Раевская А. Н.

■ Филин А. А.

Актуальность проблемы

С развитием эндоскопических технологий и появлением возможности прецизионной диагностики патологических изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ), возрастает актуальность диагностики ранних, в т.ч. предраковых изменений СОЖ. Открытие *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) как причины гастрита заострило внимание на этиологии, патогенезе и прогнозе процесса. На сегодняшний день в мире основной причиной хронического гастрита считается инфекция *H. pylori*. Она вызывает прогрессирующее повреждение слизистой желудка и играет важную роль в развитии серьезных заболеваний, включая язвенную болезнь 12-перстной кишки и желудка, аденокарциному желудка и MALT-лимфому [1–3]. Более того, индуцированный *H. pylori* гастрит рассматривается как наиболее важный фактор риска развития пептической язвы и ее осложнений, а также рака желудка [3]. Согласно последнему Киотскому согласительному консенсусу по *H. pylori*-ассоциированному гастриту были пересмотрены подходы к современной классификации гастритов (МКБ-10 устарела и не отвечает новым требованиям), диагностике и лечению данной патологии. В соответствии с рекомендациями Маастрихт V, инфекция *H. pylori* является большим этиологическим фактором риска для рака желудка (уровень доказательности 1a, уровень рекомендаций A).

Эрадикация *H. pylori* снижает риск развития рака желудка. Влияние факторов окружающей второстепенно по отношению к влиянию инфекции *H. pylori* (2a, A). Эрадикация *H. pylori* устраняет воспалительный ответ, а раннее лечение предупреждает прогрессирование до предраковых повреждений (1b, B). Эрадикация *H. pylori* приводит к обратному развитию атрофии желудка, если нет кишечной метаплазии, и останавливает прогрессирование пред-

ракового повреждения в рак у ряда пациентов (1b, A) [3]. Таким образом, сегодня не осталось сомнений в важности своевременной диагностики и лечения *H. pylori*-ассоциированного гастрита.

Для диагностики *H. pylori* используются следующие методы:

1. Бактериологические (обнаружение бактерий в мазках-отпечатках, выделение чистой культуры *H. pylori*);
2. Иммунологические (реакция связывания компонента, реакция непрямого гемагглютинации, иммуноферментный анализ (ИФА), иммуноблоттинг, обнаружение *H. pylori* в кале, обнаружение *H. pylori* в слюне или трансудате десен).
3. Морфологические (цитологическое выявление *H. pylori* в биоптатах (окраска по Романовскому, по Граму и др.), гистологический).
4. Биохимические и радиологические (уреазный тест — определение активности уреазы в биоптате СОЖ, дыхательный тест — определение в выдыхаемом воздухе изотопов ^{14}C или ^{13}C после принятия пациентом мочевины, предварительно меченной указанными изотопами).
5. Молекулярно-генетические (полимеразная цепная реакция (ПЦР)) [4].

Цель исследования

Провести сравнительный анализ выявляемости *H. pylori* при цитологическом и гистологическом методах исследования.

Материалы и методы

За период с мая 2018 по сентябрь 2018 гг. нами было выполнено 50 эзофагогастродуоденоскопий с щипцовой биопсией СОЖ у 50 пациентов. Женщин было 39, муж-

чин 11 (78 % и 22 % соответственно). Средний возраст пациентов составил $48,2 \pm 4,2$ года. Биопсия осуществлялась из антрального отдела желудка (2 фрагмента), угла желудка (1 фрагмент) и тела желудка (2 фрагмента). Полученные биоптаты были помещены в 10 % раствор формалина с предварительным получением мазков-отпечатков из слизистой оболочки угла желудка на предметных стеклах. Мазки отпечатки отправлялись в цитологическую лабораторию, биоптаты — в патологоанатомическое отделение для гистологического изучения. Из исследования исключались пациенты, получавшие терапию ингибиторами протонной помпы за 2 недели и антибактериальную терапию за 4 недели до процедуры (Маастрихт V).

Результаты

В ходе обработки полученных данных были получены следующие результаты:

- в 20 случаях из 50 при цитологическом исследовании был выявлен *H. pylori*;
- в 20 случаях из 50 при гистологическом исследовании был выявлен *H. pylori*;
- в 2 случаях были выявлены расхождения между результатами цитологического и гистологического заключений (в одном случае *H. pylori* выявлен в мазке-отпечат-

ке и не обнаружен при гистологическом исследовании, в другом случае — наоборот).

При анализе данных мы не обнаружили статистически значимых ($p < 0,05$) различий между выявляемостью *H. pylori* в биоптатах и мазках-отпечатках. При этом гистологический метод позволяет качественнее осуществлять количественную оценку (уровень обсемененности) и патологические изменения структуры СОЖ, но более трудоемкий, дорогой и длительный. Цитологический метод значительно более быстрый и дешевый, но не позволяет оценить структуру СОЖ и обсемененность *H. pylori*.

Выводы

1. Цитологический метод может быть рекомендован как более быстрый и дешевый метод диагностики *H. pylori* при эзофагогастродуоденоскопии у пациентов с эндоскопической картиной гастрита без признаков атрофических и метапластических изменений СОЖ, пептической язвой 12-перстной кишки.

2. Гистологическая диагностика *H. pylori* наиболее целесообразна при выявлении тяжелых атрофических и метапластических изменений СОЖ по данным эндоскопии с целью верификации патологического процесса, стадирования по OLGA (OLGIM) и стратификации риска развития рака желудка для диспансерного наблюдения.

Литература

1. Malfetheriner P, Chan FK, McColl KE Peptic ulcer disease. Lancet 2009; 374:1449–61. doi:10.1016/S 0140–6736(09)60938- [PubMed].
2. Fock KM, Graham DY, Malfetheriner P Helicobacter pylori research: historical insights and future directions. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2013;10:495–500. doi:10.1038/nrgastro.2013.96 [PMC free article] [PubMed].
3. Malfetheriner P, Mégraud F, O'Morain C et al. European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection — the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017 Jan;66(1):6–30. doi: 10.1136/gutjnl-2016–312288- [PubMed].
4. Лапина Г.Л. Основные принципы лабораторной диагностики Helicobacter pylori // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1999. — № 2. — С. 41–44.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕПРАВИЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Суперфин Д.Э., Грачев Г.В., Камалетдинова Ю.Ю., Смакова А.А., Нагаев Н.Р., Бочкова Т.В., Ахмедов Р.Э.
ГАУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ, г. Уфа

г. Уфа



■ Суперфин Д.Э.

Среди видов диагностики эндоскопия занимает особое место: возможность непосредственно визуализировать патологию внутренних органов позиционирует в глазах клинициста и пациента эндоскопическое заключение, как истину в последней инстанции. Однако, как и в любом виде деятельности, по объективным и субъективным причинам возникают ошибки. В настоящее время, когда в нашей стране произошел переход от рассмотрения проблемы медицинских ошибок в этическом и аналитическом свете к экономической, санкционной, судебной и криминальной трактовке, исследование причин неправильной диагностики обретает особую актуальность.

Профессор М.П. Королев определил диагностическую ошибку при эндоскопическом исследовании, как заключение врача-эндоскописта, которое полностью или частично не соответствует патологическим изменениям исследуемого органа и подразделил по характеру диагностического взаимодействия с патологическим субстратом на 4 типа: невыявление, неправильная трактовка, неправильная оценка локализации и размеров, ошибочные тактические действия.

В развитие этой классификации мы разделили ошибки по типам: ошибки осмотра: неполный, неадекватный, без использования общедоступных дополнительных методик; ошибки визуализации основной и сопутствующей патологии: наличие (отсутствие), локализация, размер (при расхождении более чем в 2 раза); ошибки интерпретации: характер патологии, описание косвенных подтверждающих характер патологии признаков; ошибки заключения: соответствие описания патологии современным классификациям, соответствие заключения протоколу, описание осложнений или признаков их угрозы.

Из проведенных за 2018 год в эндоскопическом отделении РКОД 10890 рутинных диагностических исследований (ларингоскопия 901 пациент, бронхоскопия 2587, га-

строуденоскопия 4002, колоноскопия 3400 пациентов), 3166 пациентов (29 %) проходили предварительно эндоскопическое исследование в других ЛПУ (ларингоскопия 160 пациентов (18 %), бронхоскопия 275 (11 %), гастроуденоскопия 1845 (46 %), колоноскопия 886 пациентов (26 %). Однако только 2505 пациентов (ларингоскопия 120 пациентов, бронхоскопия 225, гастроуденоскопия 1545, колоноскопия 615 пациентов) имели при себе протокол ранее проведенного исследования, что позволило сравнить его с результатами проведенного в отделении эндоскопии РКОД исследования, выявить ошибки и провести их анализ (Рис. 1).

Сравнение проводилось по обобщенным видам патологии (или ее отсутствия): норма, воспаление, сосудистое образование, эрозии, язва, парез, фиброз, рубцы, послеожоговые изменения, эктопия, доброкачественное подслизистое образование, злокачественное подслизистое образование, гиперплазия, метаплазия, аденома, рак; осложнений или признаков их возможного возникновения: непроходимый стеноз, опасность кровотечения, кровотечение, глубокий распад, свищ.

Были проанализированы причины назначения в РКОД повторного исследования: «уточнение локализации опухоли» 45 %, «несоответствие эндоскопического заключения клиническим, рентгенологическим, морфологическим данным» 25 %, «отсутствие верификации» 20 %, определения возможности эндоскопического лечения 8 %, исключение urgentных осложнений 2 %.

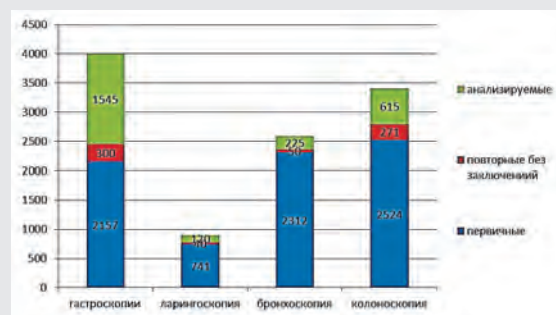


Рис. 1. Распределение пациентов по видам исследования, наличию первичного эндоскопического осмотра и наличию протокола первичного исследования



Рис. 2. Причины направления на повторное исследование в РКОД

В результате были за год отмечено 128 случаев ошибочных эндоскопических диагнозов, что составило 4,5 % от числа анализируемых пациентов. Случаи были дополнительно распределены по видам исследований и локализациям: ларингоскопия 9 случаев: носоглотка 2, ротоглотка 1, гортань 6; эзофагогастроудоденоскопия 47 случаев: пище-

вод (включая опухоли гортаноглотки 4) 12, кардия и проксимальная треть желудка 23, средняя и дистальная трети желудка 18, 12-перстная кишка 4 случая; колоноскопия 33 случая: правая половина ободочной кишки 11, левая половина ободочной кишки 22 случая (Табл. 1)

По результатам анализа видно, что частота ошибок по исследованиям распределяется в порядке убывания: колоноскопия (8 %), ларингоскопия (7,4 %), бронхоскопия (6 %), и гастроскопия (3,7 %). Высокая частота ошибок при колоноскопии по выводам, полученным из опроса пациентов и нашего опыта связана с плохой подготовкой, отсутствием седации в необходимых случаях, поспешным и, зачастую, неполным осмотром. Ошибки при ларингоскопии, бронхоскопии определяются поспешным, не привязанным к анатомическим ориентирам осмотром носоглотки, малым опытом и плохим знанием синтопии гортани и бронхов. При анализе ошибок по локализациям видна высокая доля (18 %) при осмотре кардии и верхней 1/3 желудка. Подробнее типы причин ошибок разобраны в связи с локализациями в Табл. 2.

Пропуск опухолей носоглотки обусловлен поспешным осмотром без привязки к анатомическим ориентирам,

Табл. 1. Распределение ошибок по видам исследований, локализациям

Вид исследования	Локализация патологии	Количество и % Ошибок	Удельный вес от исследования и всех ошибок		
Ларингоскопия 120 случаев	Носоглотка	97,4 %	2	1,6 %	1,6 %
	Ротоглотка		1	0,8 %	0,8 %
	Гортань		6	5 %	5 %
Бронхоскопия 225 случаев	Трахея, бронхи	146 %	14	6 %	11 %
Эзофагогастро- дуденоскопия 1545 случаев	Гортаноглотка, пищевод	583,7 %	12	0,08 %	9 %
	Кардия и верхняя треть желудка		23	0,15 %	18 %
	Средняя и дистальная 1/3 желудка		18	0,12 %	12 %
	12-Перстная кишка		5	0,04 %	4 %
Колоноскопия 615 случаев	Правая половина толстой кишки	488 %	19	3 %	15 %
	Левая половина толстой кишки		28	4,7 %	22 %
Итого 2505 случаев		1284,5 %			

Табл. 2. Распределение типов причин неправильной диагностики по локализациям

Локализация Патологии	Ошибки осмотра			Ошибки визуализации				Ошибки интерпретации		Ошибки заключения		
	Неполный	Неадекватный	Без дополн. методик	Пропуск патологии	Ложное наличие	Локализация	Размер	Характер патологии	Косвенные подтверждающие признаки	Нормативность	Адекватность	Осложнения
Носоглотка		2		2								
Ротоглотка					1			1				
Гортань				1	5			6	1			
Трахея, бронхи	7			8		3		3				
Гортаноглотка, пищевод				3	2	1		6				
Кардия и в/з желудка	4		1	6		1		4			1	2
Ср/з и дист/з желудка			1	3	1	3	3	4			1	3
12-Перстная кишка				2	1			2				
Правая половина толстой кишки	9		7	17	2			2	2			
Левая половина толстой кишки		10	10	10	1		11	16	4			
Итого	20	12	9	51	13	8	14	46	7		2	5

ошибки в ротоглотке, гортани- малым опытом визуализации и дифференцировки кистозных и опухолевых патологий, отсутствием инструментальной пальпации. В гортаноглотке сложная в плане диагностики область — устье пищевода, также отмечаем необходимость осмотра грушевидных синусов при гастроскопии. В пищеводе ошибки вызваны поспешным осмотром без детализации замеченной патологии.

При осмотре кардии, проксимального отдела желудка без применения инверсии не замечаются опухоли до 6 см. В теле желудка- тщательный осмотр слизистой,

в т.ч при аспирации воздуха для исключения эндофитного рака. Осмотр толстой кишки должен проводиться только после качественной подготовки, качество осмотра и гарантированность полного осмотра повышаются при внутривенной седации.

Таким образом, анализ причин ошибок, выявление наиболее типичных позволяет наметить меры по улучшению качества первичной эндоскопической диагностики: адекватная подготовка органа к исследованию и применение внутривенной седации, стандартизация осмотра с применением обязательных позиций.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В РЕСПУБЛИКЕ ЮЖНАЯ ОСЕТИЯ

Суровцев И. Ю., специалист Российской Федерации по эндоскопии в Республике Южная Осетия
Галь И. Г., советник Российской Федерации по здравоохранению в Республике Южная Осетия

г. Цхинвал

Каждый год в мире злокачественные новообразования диагностируются у более, чем 14 миллионов человек, большинство из которых проживают в странах с низким и средним уровнем дохода [1]. В 2015 году рак унес жизни 8,8 миллионов человек, став причиной каждой шестой смерти во всем мире. Число смертей, обусловленных раком, в странах с низким и средним уровнем дохода превышает количество случаев смерти от ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии вместе взятых. Примерно две трети случаев смерти от рака в мире происходят в развивающихся странах, где уровень летальности выше из-за выявления заболевания на поздних стадиях и менее доступного лечения [1]. Последствия запоздалого начала оказания помощи и распространенного рака ужасны — вероятность смерти или инвалидности значительно возрастает по мере прогрессирования рака. Поэтому крайне важно выявлять барьеры, препятствующие своевременной диагностике и лечению рака, и внедрять программы, обеспечивающие всеобщую доступность медико-санитарной помощи [3].

Существуют два подхода, которые позволяют своевременно диагностировать и лечить рак: ранняя диагностика, то есть распознавание уже имеющих место клинических симптомов рака у пациентов; и скрининг, то есть выявление пока еще бессимптомного заболевания среди практически здоровой популяции [2].

С момента активной реализации интеграционной инвестиционной программы между Российской Федерацией (РФ) и Республикой Южная Осетия (РЮО),



■ Суровцев И. Ю.

с приходом российских специалистов консультантов работа по модернизации в сфере здравоохранения РЮО интенсифицировалась, в том числе это позитивно отразилось на эндоскопической службе РЮО. Была сформирована нормативно-правовая база по эндоскопии, выполнена ревизия эндоскопической аппаратной базы, на основании этого скорректирован план закупок медицинской аппаратуры и инструментария, фактически вместо эндоскопического кабинета создано отделение.

В рамках интеграционного сотрудничества между РФ и РЮО 26 апреля 2017 г. введена в эксплуатацию Детская республиканская больница г. Цхинвал, на базе которой открыт эндоскопический кабинет для детей с первого года жизни, соответствующий современным стандартам и оснащенный гибкой видеоэндоскопической аппаратурой Pentax (Japan), ригидными бронхоскопами с инструментарием Karl Storz (Germany), электрохирургическим блоком

Табл. 1. Динамика показателей общей заболеваемости взрослого населения от 18 лет и старше Южной Осетии в 2012–2016 годах (в абс. числах)

Наименование классов и отдельных болезней	Годы				
	2012	2013	2014	2015	2016
Зарегистрировано заболеваний, в том числе:	38047	20430	50907	38777	42986
Новообразования	853	124	563	1178	1527

Табл. 2. Всего зарегистрировано новообразований в Южной Осетии в 2016 г.

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10	Зарегистрировано
Новообразования	C00-D48	1527
Из них: злокачественные новообразования	C00-C97	791
Из них: злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	C81-C96	41
Из них: доброкачественные новообразования	D10-D36	716

с аргоноплазменной коагуляцией ERBE Vio 300d (Germany) и др.

По данным окончательных итогов переписи населения 2015 года, население Республики Южная Осетия составило 53532 жителей, в том числе мужчин 25707 (48,0%), женщин –27825 человек (52,0%). Всего детей в возрастной группе от 0 до 18 лет — 11427 человек. Численность граждан от 18 лет и старше — 42105 человек в том числе, мужчин — 19690 человек, женщин- 22415 человек. Число женщин в возрастной группе от 18–54 лет составило 13208

человек, а мужчин в возрастной группе от 18–59 лет — 14628 человек. Среди лиц старше 18 лет число пожилых граждан (женщины от 55 лет и мужчины в возрасте 60 лет до 75 лет) — всего: 10681 человек, из них мужчин — 3053 человек, женщин — 6119 человек.

По данным статистического учета на конец 2016 г. в Республике Южная Осетия было зарегистрировано 42986 заболеваний населения в возрастной группе от 18 лет и старше. За 5 представленных лет темп прироста составил 13% (таблица 1). В аналогичный период в РФ в данной возрастной группе наблюдался прирост 1,5%. К сожалению, нет возможности оценить показатели заболеваемости всего населения в целом из-за недостатка данных.

В Южной Осетии в структуре новообразований злокачественные новообразования составляют 51,8%, из них злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей — 5,2%; доброкачественные новообразования-48,2% (таблица 2). Следует констатировать, что более половины регистрируемых онкологических больных в Республике Южная Осетия имеют распространенную стадию заболевания.

С 1 августа 2016 по 1 января 2019 по имеющимся статистическим данным населению в РЮО выполнено 4062 эндоскопических исследования, в том числе 5,3% (n=215) пациентам младше 18 лет. Эзофагогастродуоденоскопии составили 80,6% (n=3273), колоноскопий было выполнено 16,5% (n=671), назофарингоскопии, ларинго- и трахеобронхоскопии 2,9% (n=118), с лечебной целью проведено 235 манипуляций, что составило 5,8% от общего числа эндоскопических исследований.

Несмотря на отсутствие препятствий для эндоскопических видов исследований и достаточные резервы

Табл. 3. Злокачественные новообразования, выявленные при эндоскопических исследованиях

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10	Годы		
		2016 (с 1 августа)	2017	2018
Полость рта	C01–09	0	1	1
Глотка	C10–13	0	2	0
Пищевод, желудок	C15,16	5	13	15
Тонкий кишечник	C17	1	0	0
Ободочная кишка, прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус	C18–21	2	13	14
Гортань	C32	2	4	3
Трахея, бронхи, легкое	C33,34	0	4	4

эндоскопической службы, при проведении эндоскопических исследований ежегодно выявляется незначительное количество лиц с онкологической патологией (таблица 3). Что в большей мере связано с отсутствием практики формирования групп риска по онкологическим заболеваниям в РЮО, активного динамического наблюдения за лицами из групп риска и своевременного их направления на дообследование.

На данный момент здравоохранение РЮО имеет достаточные ресурсы для ранней диагностики злокачественных новообразований, но низкие показатели активного их выявления приводят к выводу о необхо-

димости проведения онкологического скрининга среди всего взрослого населения республики. Учитывая это российскими специалистами в области здравоохранения разработана Национальная программа онкологического скрининга в Республике Южная Осетия, включающая в себя подпрограммы по раннему выявлению наиболее распространенных злокачественных новообразований. Благодаря активной работе российского вектора в развитии системы здравоохранения РЮО программа онкологического скрининга в рамках диспансеризации взрослого населения стартовала в январе 2019 года.

Литература

1. Ferlay J. et al. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013 //Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase.— 2012.— № . 10.
2. World Health Organization et al. Cancer control: early detection //Geneva: World Health Organization.— 2007.
3. World Health Organization et al. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020.— World Health Organization, 2013.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В УСТАНОВКЕ ПОРТ-СИСТЕМ ДЛЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Черкес Л. В., Малихова О. А., Поддубный Б. К., Лозовая В. В., Опекунова В. В.
ФГБУ НМИЦ онкологии имени Н. Н. Блохина МЗ РФ

г. Москва



■ Черкес Л. В.



■ Малихова О. А.



■ Поддубный Б. К.



■ Лозовая В. В.



■ Опекунова В. В.

Цель

Отработать методику установки порт-систем с использованием видеолапароскопии. Определить показания и противопоказания для установки порт-систем для внутрибрюшной химиотерапии с использованием методики лапароскопии, оценить эффект лечения и выявить частоту осложнений.

Методы исследования

Манипуляции выполнены в период с 2017 по 2018 годы. Количество пациентов 30. Вмешательства выполнены на Olympus VISERA с использованием порт-систем фирмы Braun. Эффективность лечения оценивали по критериям наличия клинического эффекта и частоте осложнений.

Результаты

Среди 30 лапароскопических вмешательств в 27 случаях выполнена лапароскопическая операция для попытки имплантации порт-системы перед ХТ 1-й линии. У 21 из 27 (77,7%) пациентов была установлена порт-система, в 6-ти случаях (23,1%) во время лапароскопии выявлены противопоказания к имплантации порта. В 4-х случаях это оказалось выраженная спаечная болезнь после первичной операции. У двух больных установлен недостаточный объем циторедуктивных вмешательств на первом этапе. У одной пациентки визуализировались множественные метастазы по брюшине от 3-х см в диаметре, что не соот-

ветствовало данным протокола операции, она в последующем получила стандартное лечение. Во втором случае сохранялся большой сальник с метастатическими поражениями. Больная была прооперирована повторно в оптимальной объеме и интраоперационно была установлена внутрибрюшинная порт-система.

Таким образом в 7,4% случаев данные протокола операции не соответствовали данным лапароскопического исследования. В 3-х случаях из 30 (10,0%) потребовалась переустановка порт-системы в связи с осложнениями после интраоперационной имплантации. К этим осложнениям относились: рассоединение или перекрут порт-системы в подкожной клетчатке.

Выводы

Использование видеолапароскопии при установке порт-систем для внутрибрюшной химиотерапии при отсутствии противопоказаний возможно и является единственным возможным методом у значительного числа пациентов, у которых по различным причинам интраоперационно порт-системы не устанавливаются. Данная методика имеет меньшее число осложнений, по сравнению с интраоперационной установкой порт-системы и может быть использована у больных после оптимальной циторедукции для проведения внутрибрюшной химиотерапии, если решение принимается на послеоперационном этапе.

СЕДАЦИЯ В ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ГЕРМАНИИ

Uljanow A.
Эндоскопическая медицинская сестра
Klinikum Oldenburg AöR26133

📍 г. Oldenburg, Deutschland

С публикацией ориентирующего документа рекомендательного характера (S3-Leitlinien) «Седация в гастроинтестинальной эндоскопии» (Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie) в 2008 и актуализированный в 2015 году подведен итог многочисленным дискуссиям в Германии:

- целесообразно ли использовать седативу во время обследования?
- надо ли все обследования проводить с седативой?
- какие седативные средства наиболее надежные для проведения амбулаторных и стационарных обследований?
- как сделать эндоскопию с седацией максимально безопасной?
- кто проводит седацию и несет за неё ответственность?

Документ (S3-Leitlinie), обобщающий все актуальные достижения по данной проблеме, создан экспертной группой на основе абсолютного консенсуса по инициативе «Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen e.V. (DGVS)». Экспертная группа, опираясь на клинический опыт и научные достижения, создали стандарт, позволяющий эндоскопистам эффективно, в юридическом плане надежно, с наименьшим риском для пациентов работать.

Нужна ли в эндоскопии седация?

Тенденция проведения эндоскопических обследований с седацией в Германии растет, в середине 90 годов их было 9%, а сегодня 88% всех эндоскопических обследований. Это объясняется тем, что в современной эндоскопии растет число интервенционных операций, а значит время обследования увеличивается, сами процедуры усложняются, нередко больные испытывают при этом неприятные или болевые ощущения. Некоторые терапевтические действия становятся возможными только благодаря седации. Она делает обследование в эндоскопии комфортным для пациента и врача. Все больше пациентов желают безболезненное и бесстрессовое обследование, а врач о всестороннем и успешном лечении.

Каждый пациент в Германии имеет право на эндоскопию с седативой, а так как 50% всех осложнений во время эндоскопических обследований вызваны побочными действиями медикаментов, надо ли все желудочно-кишечные обследования проводить с седацией? Главные критерии в решении этого вопроса являются:

- желание пациента,
- вид, сложность и длительность обследования,



■ Uljanow A.

- состояние пациента,
- квалификация врача.

Чтобы провести седацию пациента без юридических осложнений, необходимо, провести разъяснительную беседу с пациентом о возможных проблемах во время медикаментозного сна и взять письменное согласие на его проведение. Чтобы обследование было безопасным необходимо изучить историю болезни пациента с целью определить его потенциал: резервы и дефициты. В Германии для этого используют American Society of Anesthesiologists классификацию (ASA-Klassifikation). Пациента определяют в одну из групп риска:

ASA-Klassifikation

1-я группа	Без риска
2-я группа	Лёгкие заболевания без ограничений
3-я группа	Тяжёлые заболевания с ограничениями
4-я группа	Опасные для жизни заболевания
5-я группа	Смертельное заболевание. Смерть возможна в ближайшее время

Группа риска пациента и вид обследования определяют интенсивность седации и выбор седативного средства.

Какие же седативные средства наиболее надёжные?

В эндоскопии долго применяли в качестве седативы ди-ацепам, но из-за медленного полураспада он уступил место двум другим медикаментам: пропофол и мидацолом. При выборе седативного средства учитываются скорость

Характеристика седативных препаратов

Медикамент	Начало действия	Время действия	Начальная доза	Антагонист
Мидацолом	1–3 минуты	15–80 минут	1–5 мг	Флумаценил
Пропофол	<1 минуты	4–8 минуты	до 1 мг/кг	нет

действия, время действия, время полураспада и управляемость препарата.

Из-за быстрого и непродолжительного действия пропофол для гастроинтестинальной эндоскопии наиболее пригодное седативное средство. Интермиттирующая болусупликация пропофола во время эндоскопического обследования является сегодня в Германии стандартом. Побочными действиями пропофола являются гипоксия и гипотония. В отличие от мидацолола у пропофола нет антагониста, поэтому каждое эндоскопическое отделение, которое работает с пропофолом должны иметь аппараты для контроля сердечно-сосудистой системы (мониторинг), специально оборудованные помещения в том числе и предметами скорой помощи, квалифицированный и обученный персонал. Документ (S3-Leitlinie) «Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie» настоятельно рекомендуют для повышения безопасности пациента ввести в каждом эндоскопическом отделении стандарты, регулирующие точный план действий персонала во время обследования и после обследования с седативной.

Кто же проводит седацию и несёт за неё ответственность во время обследования?

После положительного опыта Америки и Швеции делегировать седацию во время обследований в гастроинтестинальной эндоскопии среднему медицинскому персоналу, Германия, чтобы решить проблему дефицита врачебного персонала, и дать возможность врачу-энтерологу сконцентрироваться на лечении, последовала им.

Руководителем и ответственным за седацию является врач-эндоскопист, имеющий опыт в интенсивной медицине, исполнителем же в определенных случаях является средний медицинский персонал. Документ (S3-Leitlinie) «Седация в гастроинтестинальной эндоскопии» определяет рамки, в которых средний медицинский персонал надёжно без опасности для здоровья пациента и с уверенностью для себя может выполнять врачебную деятельность.

Делегирование врачебной деятельности (седация) возможна среднему медицинскому персоналу, если:

- средний медицинский персонал имеет соответствующую квалификацию, опыт, знания, практику,
- пациент принадлежит 1ой или 2ой группе риска (ASA-Klassifikation),
- обследование непродолжительное и несложное.

Во всех остальных случаях седацию проводит анестезист!

Эндоскопическое обследование проведено успешно, если пациент перед выпиской выполняет следующие минимальные критерии:

- передвигается самостоятельно,
- глотательный рефлекс восстановлен,
- тошноты нет,
- уход дома обеспечен.

Пациент покидает медицинское учреждение только в сопровождении и с письменной информацией, как вести себя при осложнении.

Итак, диагностические обследования в области желудка и кишечника действительно возможны без седации. Пациенты могут сразу после обследования вести привычный без ограничений образ жизни. И сильный аргумент противников, что побочные действия седативы являются причиной многих осложнений во время и после обследования, соответствует истине. Но эндоскопия сегодня развивается очень быстро. Рядом с диагностической интервенционные эндоскопические методы играют всё большую роль. Число сложных длительных, болезненных терапевтических процедур неуклонно растёт. Седация пациента делает возможным провести такое минимально-инвазивное лечение. Она также позволяет качественно и эффективно проводить технически сложные обследования, эндоскопист во время операции сосредоточен на её успешном проведении. И, наконец, пациенты чувствуют себя во время лечебной процедуры комфортнее; расслабленность и покой способствуют успешному обследованию.

Литература:

1. S3-Leitlinie «Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie» 2008 (AWMF-Register-Nr. 021/014)



ОРИГИНАЛЬНЫЙ
ЭЗОМЕПРАЗОЛ
ИЗ ШВЕЦИИ*
по доступной цене**

ГЭРБ
H. Pylori
Приём НПВП


Нексиум®
эзомепразол
ВЫБОР ОЧЕВИДЕН

Цена менее 200 р.

НЕКСИУМ®. Краткая инструкция по медицинскому применению. Регистрационный номер: П N013775/01. Торговое название: Нексиум®. Международное непатентованное название: эзомепразол. Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой. **ПОКАЗАНИЯ.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: лечение эрозивного рефлюкс-эзофагита, длительное поддерживающее лечение после заживления эрозивного рефлюкс-эзофагита для предотвращения рецидива, симптоматическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в составе комбинированной терапии: лечение язвы двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, профилактика рецидивов пептической язвы, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, длительная кислотоподавляющая терапия у пациентов, перенесших кровотечение из пептической язвы (после внутривенного применения препаратов, понижающих секрецию желез желудка, для профилактики рецидива). Пациенты, длительно принимающие НПВП: заживление язвы желудка, связанной с приёмом НПВП, профилактика язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, связанной с приёмом НПВП у пациентов, относящихся к группе риска; синдром Золлингера-Эллисона или другие состояния, характеризующиеся патологической гиперсекрецией желез желудка, в том числе, идиопатическая гиперсекреция. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к эзомепразолу, замещенным бензимидазолам или другим ингредиентам, входящим в состав препарата; наследственная непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция или сахарозо-изомальтазная недостаточность; детский возраст до 12 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности применения препарата у данной группы пациентов) и детский возраст старше 12 лет по другим показаниям кроме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; эзомепразол не должен приниматься совместно с атазанавиром и неффинавиром (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды лекарственного взаимодействия»). С осторожностью. Тяжелая почечная недостаточность (опыт применения ограничен). **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ¹.** Ниже приведены побочные эффекты, не зависящие от режима дозирования препарата, отмеченные при применении Нексиума, как в ходе клинических исследований, так и при постмаркетинговом изучении. Часто наблюдаемые побочные эффекты ($\geq 1/100$, $< 1/10$): головная боль, боль в животе, запор, диарея, метеоризм, тошнота/рвота. Нечастые ($\geq 1/1000$, $< 1/100$): дерматит, зуд, сыпь, крапивница, головокружение, парестезии, сонливость, бессонница, сухость во рту, повышение активности «печеночных» ферментов, периферические отеки. ¹ - полную редакцию раздела «Побочное действие» смотрите в полном варианте инструкции. Дата утверждения – 29.01.2018.

* Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Нексиум® (таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг, 40 мг). С учетом изменений 1-8. Регистрационное удостоверение П N013775/01 от 31.05.2007 (переоформлено 16.03.2016).

** Зарегистрированная предельная отпускная цена на препарат Нексиум 20 мг №28 186,49 руб. <http://gfls.rosmindzdrav.ru/PriceLims.aspx?Torg=%D0%9D%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%83%D0%BC&Mnn=&RegNum=&Mnf=&Barcode=&Order=&PageSize=8&orderBy=pklimprice&orderType=desc&pagenum=1> (дата входа: 19/12/2018).

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.

000 «АстраЗенека Фармасьютикалз», Россия 125284 Москва, ул. Беговая, д.3, стр.1
Тел.: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98 www.astrazeneca.ru

NEX_RU_4936. Дата одобрения: 16/01/2019. Дата истечения: 15/01/2021.

AstraZeneca 

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ
научно-практический журнал

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ
КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ
НОВЫЕ МЕТОДИКИ И ТЕХНОЛОГИИ
РЕФЕРАТИВНЫЕ СООБЩЕНИЯ
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ
ОБЗОРЫ

Адрес редакции 194291 Санкт-Петербург пр. Луначарского 45
endoscopy@mail.ru

«КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ» — журнал о современных достижениях, возможностях и перспективах развития диагностической, лечебной и оперативной эндоскопии и ее непосредственной роли в отражении многообразия клинических проявлений заболеваний.

«КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ» — помощь клиницистам различных специальностей, использующим эндоскопические методы диагностики и лечения, врачам эндоскопических отделений и кабинетов, стремящимся профессионально идти в ногу со временем.

«КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ» — реальная возможность публикации своих научных исследований и практических наблюдений.

«КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ» публикует оригинальные статьи, обзоры, случаи из практики, сообщения о новых достижениях эндоскопии и малоинвазивной хирургии, информационные материалы, рефераты, сообщения о съездах и конференциях, технических достижениях и разработках эндоскопической аппаратуры.

Периодичность: четыре информационных выпуска в год

Языки: русский, английский

Распространение: РФ и страны СНГ

Адрес редакции: 192212, Санкт-Петербург, а/я 60

Телефон/телефакс: +7 (812) 559-96-26

Телефон: +7 (812) 592-30-71

E-mail: endoscopy@mail.ru



Эффективный
гемостаз
на раз,
два,
три!

...all you need for endoscopy!

* На странице изображены лигатор для ВРВП и клип-апликатор эндоскопические однократного применения.

Производитель: ООО «Эндо Старс»
Россия, г. Санкт-Петербург,
ул. Большая Монетная, 27а
8 (800) 555-56-57 – звонок бесплатный
+7 (812) 600-25-26, e-mail: info@endo-stars.ru

MADE
IN
RUSSIA
www.endo-stars.ru

EndoStars[®]
...all you need for endoscopy!

PENTAX
MEDICAL



Эндоскопы серии **i10**

Высокое разрешение HD+

Расширенные диагностические
и лечебные возможности:

Новое поколение ПЗС-матрицы

Уникальный Близкий фокус

Улучшенная градуированная гибкость GDF в колоноскопах

Оптимизированная эргономика рукоятки эндоскопов

www.pentaxmedical.com

ПЕНТАКС Европа ГмбХ Московское представительство

Тел.: +7-495-114-52-31