

III ДАЛЬНЕВОСТОЧНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ»

Уважаемые коллеги!

Проблема эндоскопической диагностики и малоинвазивного лечения заболеваний пищеварительной, дыхательной и мочевыделительной систем остается актуальной для России. Дальний Восток не является исключением. Внедрение в практику новых эндоскопических технологий позволяет эффективно снижать уровень смертности и повышать качество жизни пациентов, что является приоритетными задачами национального проекта «Здоровье».

Вы держите в руках этот номер «Тихоокеанского медицинского журнала» и являетесь участником третьей Дальневосточной научно-практической конференции «Новые технологии в эндоскопической диагностике и лечении». Первая конференция состоялась в 2005 г., вторая – осенью 2008 г.

Приятно осознавать, что на дальневосточной земле, во Владивостоке, раз в три года собираются ведущие специалисты практически из всех регионов Российской Федерации, которые получают здесь возможность общаться и делиться накопленным опытом, проводить показательные операции. Именно Дальний Восток сегодня поддерживает уровень развития эндоскопических технологий, сравнимый с уровнем ведущих федеральных клиник и мировых центров эндоскопии.

Резолюции, принятые на предыдущих конференциях, были активно поддержаны властью. Сегодня в регионе успешно реализуются программы оказания высокотехнологичной помощи населению с применением эндопротезирования желчевыводящих протоков, пищевода, трахеи, тонкой и толстой кишки, реконструктивно-пластические вмешательства. Приобретаются новое современное оборудование и расходные материалы. Получение федеральных квот на оказание этих высокотехнологичных видов помощи позволило значительно увеличить количество операций, сделать их доступными для широкого круга пациентов.

Эндоскопия вызывает большой интерес у студентов медицинских вузов и врачей различных специальностей. Она привлекает своим многообразием, техническими новинками и малоинвазивностью. Увеличивается количество выпускников, которые выбирают

своей специальностью эндоскопию и растет число слушателей на циклах по эндоскопии на факультете постдипломного образования. Кафедра факультетской хирургии и урологии ВГМУ активно занимается вопросами развития эндоскопической хирургии в регионе. Это одно из приоритетных научных направлений деятельности кафедры. Прекрасно зарекомендовали себя учебные программы для студентов, интернов, ординаторов и аспирантов. Регулярно проводятся учебные циклы по эндоскопии для врачей. В программу обучения успешно интегрируются инновационные технологии. Готовятся к защите несколько кандидатских диссертаций по актуальным проблемам в области эндоскопической хирургии.

В настоящее время эндоскопия – одно из самых высокотехнологичных и бурно развивающихся направлений в медицине. Выражение «большой хирург – большой разрез» становится достоянием прошлого. Клиники, которые не соответствуют современным требованиям, теряют пациентов.

Без внедрения новых технологий в лечение хирургических больных невозможно развитие медицины. Высокие технологии – это не дань моде, а необходимость, продиктованная современным развитием медицинской науки и общества. Преимущества эндоскопических вмешательств сегодня уже ни у кого не вызывают сомнения, они очевидны для пациента, врача и здравоохранения в целом.

Настоящая конференция очень важна, так как одним из основных факторов совершенствования и развития медицинской науки и практики являются обмен опытом, анализ и обобщение опыта разных клиник. Руководство ВГМУ предоставило прекрасно оборудованный зал, в котором будет проходить конференция с возможностью трансляции и обсуждения в режиме on-line уникальных оперативных вмешательств.

Надеюсь, что наше мероприятие пройдет в атмосфере интересной, живой дискуссии по проблемам, стоящим перед эндоскопической хирургией сегодня.

Заведующий кафедрой факультетской хирургии и урологии ВГМУ, д-р мед. наук, профессор К.В. Стегний

УДК 616.36-003.4-089.48/.855:616-073.43

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОЗИЦИИ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ СОНОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДИК В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

О.И. Жаворонкова, А.В. Гаврилин, Д.А. Ионкин, О.В. Мелехина

Институт хирургии им. А.В. Вишневского (115093 г. Москва, Большая Серпуховская ул., 27)

Целью работы явилась оценка интервенционных сонографических методик с позиции их клинического значения в современной хирургии. Анализу подвергнут основной арсенал чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств под ультразвуковым контролем, проводимых в подразделениях Института

хирургии им. А.В. Вишневского. Накопленный опыт позволяет утверждать, что наиболее оптимальным инструментарием для чрескожных пункционных вмешательств являются иглы Chiba диаметром 22 и 18 G, при применении дренирующих методик – стилет-катетеры Huisman с самофиксирующимся кончиком типа pig tail калибра 7–12 Fr, катетеры модификации Dawson–Mueller с натяжным фиксатором кончика или изогнутым кончиком калибром 10,2–16 Fr фирмы Cook (Голландия).

Самостоятельным лечебным пособием в гепатологии давно признано чрескожное склерозирующее лечение непаразитарных кист печени. Институт располагает здесь 25-летним опытом лечения более чем 500 пациентов. Нами были выделены типы кист,

определяющие хирургическую активность: стабильные, растущие и осложненные. Проведена оценка их вариабельности, на основании чего определены показания и противопоказания к применению пункционного, катетерного или комбинированного типа вмешательств. Кисты диаметром до 3 см, длительно сохраняющие размер без клинической симптоматики, диктуют выжидательную тактику с динамическим ультразвуковым мониторингом. Появление и/или нарастание клинической симптоматики с прогрессирующим увеличением размеров кисты и ее осложненное течение (кровоизлияние в полость, нагноение) требуют миниинвазивного устранения под ультразвуковым контролем.

Чрескожная методика лечения непаразитарных кист печени под ультразвуковым контролем включала обязательный интервенционный этап в условиях местной анестезии. Этап санации с внутриспиральным введением антисептиков выполнялся по необходимости. Непосредственно лечебный этап – склерозирование – заключался в обработке внутренней поверхности кисты 96% этиловым спиртом, доза которого рассчитывалась по объему эвакуированной жидкости, но при однократной экспозиции не превышала 70 мл.

Возникшие в ходе лечения осложнения – жидкостные скопления подпеченочной и поддиафрагмальной локализации, умеренный гидроторакс – разрешались самостоятельно или после дополнительных пункционно-дренирующих вмешательств. Осложнений, угрожающих жизни и требующих открытой хирургической коррекции, и летальных исходов за весь срок применения методики не отмечено.

Для оценки продолжительности лечения наиболее сложной группы пациентов с крупными и гигантскими непаразитарными кистами печени был проведен сравнительный анализ с лапароскопическим и открытым хирургическим методами. Выявлено статистически достоверное уменьшение сроков чрескожного дренирования при крупных кистах по отношению к гигантским, а также сокращение длительности чрескожного лечения по сравнению с лапароскопическими и открытыми оперативными вмешательствами. Отсутствие статистически достоверных различий при аналогичном лечении кист гигантских размеров обусловлено обычно тяжестью клинического течения до начала лечения и большей вероятностью осложнений в послеоперационном периоде. Таким образом, сроки лечения, равно как и его эффективность, коррелируют с распространенностью и тяжестью поражения, но эффективность лечения по мере накопления опыта увеличилась с 50 до 93%.

Клиническое значение интервенционных пособий в качестве подготовительных и/или вспомогательных проанализировано в течение одного года (2009) у 350 пациентов, которым потребовались чрескожные вмешательства под ультразвуковым контролем на всех этапах оказания хирургической помощи. 83% здесь составили пациенты абдоминального профиля, 17% – пациенты из отделений сердечно-сосудистой, торакальной хирургии, ран и раневой инфекции (с целью уменьшения операционной травмы). До операции вмешательства носили преимущественно диагностическую направленность – в 59 случаях (17%) выполнен забор материала для цитологического и/или гистологического исследования. Дооперационные лечебные вмешательства были направлены на снижение влияния факторов риска, клинически значимыми здесь могут быть признаны чрескожные чреспеченочные холецистостомы, наложенные 7 пациентам. Основная масса послеоперационных интервенционных пособий, выполняемых под ультразвуковым контролем, была направлена на ликвидацию жидкостных скоплений различного генеза в брюшной полости и/или в зоне оперативного вмешательства. В 120 случаях лечебно-диагностические вме-

шательства потребовались онкологическим больным с целью профилактики гнойных осложнений при опухолях печени, желчевыводящей системы и поджелудочной железы, что может быть расценено как альтернатива релапаротомии.

Радиочастотная абляция, выполняемая под ультразвуковым контролем, занимает позицию «клиникозависимой составляющей» комплексного лечения онкологических больных. Данная методика проводилась аппаратом Radionics Cool-Tip Ablation System с набором водоохлаждаемых электродов одиночного или кластерного типа. Этот вид локального противоопухолевого лечения применен с 2002 г. у 130 пациентов как для радикального удаления метастатических очагов, так и для циторедуктивного воздействия в комбинации с другими видами противоопухолевого лечения. 80% абляций проведено чрескожно с первичным воздействием на выявленные метастазы и повторно – на очаги продолженного роста и/или резидуальные узлы после предыдущих этапов лечения. В 20% наблюдений выполнена интраоперационная радиочастотная обработка мелких и/или биллобарных очагов после удаления основной опухолевой массы. Локальные осложнения после лечебного воздействия указанной направленности, не потребовавшие открытой хирургической коррекции, – биллома, абсцесс печени и экссудативный плеврит – также ликвидировались малоинвазивными интервенционными способами. Результаты радиочастотной абляции прослежены в срок от 3 до 70 мес: зафиксировано достоверное увеличение 1-, 2-, 3-, 4- и 5-летней выживаемости. Медиана выживаемости в наиболее репрезентативной группе со вторичным колоректальным поражением печени составила 31 мес.

Таким образом, в современной хирургии интервенционные вмешательства, проводимые под ультразвуковым контролем, имеют всестороннее клиническое значение как самостоятельные лечебные методики, так и в качестве факультативных пособий при планировании и выполнении высокотехнологичных операций различной клинической направленности, а также в комплексном лечении онкологических больных.

УДК 616.34-007.253-089.819.843:615.465

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКРЫТЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИХСЯ СТЕНТОВ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

М.Ю. Агапов^{1, 2}, А.С. Барсуков², К.В. Стегний¹,
А.А. Крекотень², М.С. Елисейцев¹

¹Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

²Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток ОАО РЖД (630003 г. Владивосток, ул. Верхнепортовая, 25)

Наружные кишечные свищи, летальность при которых достигает 19%, являются важной проблемой современной хирургии. Разработан ряд методов коррекции данной патологии: калорийное питание, нормализация обмена веществ, закрытие свища с помощью пелотов и обтураторов, а также оперативное стентирование. Особые сложности возникают у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией либо находящихся в критическом состоянии. Перспективным здесь представляется применение металлических покрытых саморасправляющихся стентов, которые успешно используются для лечения пищеводных свищей, однако мировой опыт здесь весьма ограничен.

В нашей клинике мы применили металлические покрытые саморасправляющиеся стенты для лечения кишечных свищей в 3 случаях. Так, при полном высоком дуоденальном свище (диаметр – 2 см), возникшем после панкреонекроза, осложненного флегмоной забрюшинного пространства, больному

был установлен покрытый энтеральный стент. Ближайшие результаты операции были удовлетворительными, кожная рана очистилась в течение 10 дней, через 1,5 месяца стент эвакуировался во время рвоты. Контрольная гастроскопия выявила белый рубец в области внутреннего отверстия ранее существовавшего свища.

Во втором случае после панкреонекроза, также осложненного флегмоной забрюшинного пространства с расплавлением стенки нисходящей ободочной кишки, сформировался полный толсто-кишечный свищ (диаметр дефекта кишки – 3 см). Установка стента привела к полному закрытию свища и улучшению состояния больного. Однако через 10 дней произошла миграция стента с отхождением его естественным путем. Возник трубчатый свищ с остаточным дефектом стенки толстой кишки до 0,5 см в диаметре, в дальнейшем закрывшийся самостоятельно.

В третьем случае толстокишечный свищ диаметром 2 см сформировался после субтотальной резекции желудка по Бильрот-2, осложнившейся сегментарным тромбозом сосудов брыжейки поперечной ободочной кишки. Стентирование привело к временной облитерации свища. Однако через двое суток стент мигрировал и отошел естественным путем. Свищ закрылся через 3 месяца консервативного лечения.

Таким образом, наш небольшой опыт свидетельствует о возможности использования саморасправляющихся покрытых стентов у пациентов с кишечными свищами. Основным недостатком метода является высокий риск миграции устройства в связи с отсутствием области стеноза и фиксирующих позиций.

УДК 616.36-008.5-02:616.361-007.27-089

РАННЕЕ БИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

Г.М. Чеченин, С.С. Лебедев, Ю.В. Баринов

Российская медицинская академия последипломного образования (123995 г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1)

Применение чрескожного билиарного стентирования с целью коррекции синдрома механической желтухи находит с каждым годом все более широкое применение. Методика выполнения, осложнения и отдаленные результаты этих операций достаточно подробно освещены в отечественной и зарубежной литературе. Дискутабельным остается вопрос о сроках выполнения билиарного стентирования. Одни авторы предлагают производить его после купирования механической желтухи, другие – первично (то есть при первичном дренировании желчного протока).

Целью исследования было выявить оптимальные сроки для выполнения чрескожного билиарного стентирования после ранее проведенной холангиостомии.

На базе кафедры хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии РМАПО в ГКБ им. С.П. Боткина за 2008–2010 гг. выполнено 121 чрескожное билиарное стентирование у больных с механической желтухой опухолевой этиологии. Использовали нитиновые саморасправляющиеся стенты M.I. Tech (Ю.Корея) и COOK Medical (США, Дания, Ирландия). В контрольную группу вошли 75 пациентов, которым билиарное стентирование было выполнено в срок от 3 до 14 дней после наружной холангиостомии. В основную группу включено 46 больных с «ранним» билиарным стентированием (в первые трое суток). В сравниваемых группах возрастно-половой состав, степень тяжести механической желтухи, распространенность онкопроцесса статистически не различались. Антеградное билиарное стентирование выполняли при радикальной неоперабельности опухоли, обусловившей развитие синдрома механической желтухи, тяжелом общем состоянии пациента и выраженности сопутствующей общесоматической патологии, а также в качестве этапа подготовки к радикально-

му оперативному пособию. Противопоказаний к билиарному стентированию не выявлено. Характер нозологических форм, обусловивших развитие синдрома механической желтухи: рак головки поджелудочной железы – 59 случаев (48,8%), рак большого дуоденального соска – 2 случая (1,7%), рак общего печеночного протока и холедоха – 17 случаев (14%), рак желчного пузыря – 7 случаев (5,8%), опухоль Клацкина – 22 случая (18,2%) и метастатические опухоли – 14 случаев (11,6%). Выбор стента осуществляли в зависимости от уровня и протяженности блока желчеотведения. Преимущество отдавали покрытым устройствам, что связано с большей длительностью их функционирования. Осложнений во время оперативного вмешательства не отмечено.

В контрольной группе отмечено 19 осложнений (25,3%): прогрессирование печеночно-почечной недостаточности – 9, правосторонний гидроторакс – 3, вторичный гнойный холангит – 5, местный желчный перитонит – 1, острый панкреатит – 1. Отмечено 4 летальных исхода от прогрессирования печеночно-почечной недостаточности (послеоперационная летальность 5,3%). В основной группе было 6 осложнений (13%): местный желчный перитонит – 3, острый панкреатит – 3. Отмечено 2 летальных исхода (послеоперационная летальность 4,3%).

Сравнительный анализ показывает оправданность более раннего выполнения чрескожного билиарного стентирования. Это объясняется тем, что длительное стояние холангиостомы приводит к гиповентиляции правого легкого, длительным наружным потерям желчи, формированию стойкого канала от установленной холангиостомы, увеличивает вероятность вторичного инфицирования билиарного тракта, дислокации холангиостомы и др. Раннее формирование внутреннего желчеоттока является физиологичным и приводит к наиболее быстрому восстановлению функции печени и купированию синдрома механической желтухи.

На основании вышеизложенного считаем необходимым проводить чрескожное билиарное стентирование (независимо от того, является ли оно промежуточным или окончательным этапом лечения пациента) в максимально ранние сроки после выполнения наружной холангиостомии. Однако следует отметить, что в ряде случаев помимо сознания хирурга выполнению «раннего» билиарного стентирования мешает и ряд технических причин: отсутствие необходимого стента, невозможность первичной реканализации опухоли, перевод больных с холангиостомами из других стационаров и др.

УДК 616.34-007.271-089.819.843:615.462

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДИСЛОКАЦИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ СТЕНТОВ

Е.В. Галаева¹, Н.В. Семеньева¹, Г.М. Чеченин²

¹Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (125284 г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5), ²Российская медицинская академия последипломного образования (123995 г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1)

Для разрешения кишечной непроходимости в последнее время все чаще используются колоректальные стенты. Однако в процессе функционирования эти устройства (преимущественно покрытые) могут дислоцироваться, что приводит к кишечной непроходимости. По этой причине в ГКБ им. С.П. Боткина при необходимости разрешения кишечной непроходимости на первом этапе используются непокрытые саморасправляющиеся стенты, а дальнейшая тактика определяется после дообследования. При операбельности процесса выполняется оперативное лечение: радикальное или циторедуктивное, при неоперабельности (злокачественные новообразования) – в просвет непокрытого устанавливается покрытый

стент для профилактики кишечной непроходимости вследствие прорастания опухоли через непокрытое устройство.

Целью настоящей работы явился анализ результатов профилактики и коррекции дислокации колоректальных стентов.

Для разрешения кишечной непроходимости использовались колоректальные стенты фирмы M.I.Tech (Корея). В исследование включено 37 пациентов, страдающих раком ободочной кишки IV стадии различной локализации. В 33 случаях установлены непокрытые колоректальные стенты, дислокации которых не наблюдалось. У 3 пациентов наблюдали дислокацию покрытых и у 1 пациента – непокрытого колоректальных стентов. В 2 случаях стент ректосигмоидного отдела переместился в прямую кишку ниже опухоли, в 1 случае после очистительной клизмы стент сместился выше опухоли, и еще в 1 случае первично множественного рака толстой кишки непокрытый стент из восходящего отдела переместился в сигмовидную кишку, перекрыл нижний стент, чем вызвал кишечную непроходимость.

В 2 случаях при дислокации колоректальных стентов дистальнее сужения выполнена коррекция путем сложения металлического покрытого стента и установки мигрировавшего устройства с помощью колоноскопа в область опухолевого стеноза. При миграции стента выше новообразования выполнена реканализация толстой кишки путем электрокоагуляции опухоли, и стент перемещен в область сужения. При дислокации стента из восходящего отдела толстой кишки колоноскоп был проведен через вышележащий стент в просвет неизменной сигмовидной кишки, после чего через него проведен металлический проводник, по которому установлен непокрытый стент, соединивший ранее установленные устройства.

Всем пациентам на 3–4-е сутки была выполнена контрольная ирригоскопия, показавшая, что стенты функционировали удовлетворительно и вышележащие отделы толстой кишки контрастировались свободно. Больные в стабильном состоянии выписаны домой под наблюдение онколога.

Таким образом, эндоскопическое стентирование и коррекция дислокации ранее установленных стентов для разрешения кишечной непроходимости саморасправляющимися колоректальными стентами у инкурабельных больных является мало-травматичной и высокоэффективной методикой восстановления проходимости по толстой кишке.

УДК 616.329/.33-007.271-089.819.843

ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ СТРИКТУР РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

И.Ю. Коржева¹, Г.М. Чеченин², С.С. Лебедев², Ю.В. Барinov²

¹Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (125284 г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5), ²Российская медицинская академия последипломного образования (123995 г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1)

При нерезектабельных опухолях и у инкурабельных больных со стриктурами верхних отделов желудочно-кишечного тракта для уменьшения дисфагии и повышения качества жизни одним из современных методов лечения является стентирование. Помимо паллиативного лечения стенты использовались нами при опухолевой компрессии пищевода (рак легкого и опухоли средостения), рецидиве рака пищевода или желудка со стенозом в зоне анастомоза, раке пищевода с пищеводно-трахеальным или пищеводно-бронхиальным свищом, послеоперационной несостоятельности пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза, ахалазии кардии (когда соматическое состояние больного не позволяло выполнить радикальную

операцию), доброкачественных стриктурах пищевода. Основным симптомом у всех больных, которым было показано стентирование, являлась выраженная дисфагия, когда просвет пищевода уменьшался на 50–75%.

За 2007–2010 гг. в хирургическом стационаре ГКБ им. Боткина нитиноловые стенты нами были установлены 7 больным с доброкачественными стриктурами пищевода. Стенты сохраняли в течение 1–2 мес, эффективное уменьшение симптомов дисфагии наступило во всех случаях. В связи с ахалазией кардии 3–4-й ст. нитиноловые стенты установлены 2 пациентам. Еще 47 стентов были имплантированы при нерезектабельных опухолях и инкурабельным больным.

Всем больным были установлены стенты Choo, Hanaro и Do производителей из Южной Кореи. При злокачественных стриктурах имплантировали устройства с прерывистой металлической конструкцией, обеспечивающей сохранение радиальной упругости и высокую гибкость, при доброкачественных стриктурах – цельноплетенные стенты. Стентирование пищевода устройствами с антирефлюксным клапаном (Do-стент) при доброкачественных заболеваниях было последним методом при неэффективности традиционных методов лечения и наличии противопоказаний к операции.

Длина стента подбиралась индивидуально так, что расширенные участки на обоих его концах выступали за край опухоли на 3 см. Полное раскрытие устройства в стенозированном участке пищевода или кардии, как правило, происходило не сразу, а в течение 2–3 дней. В ближайшем периоде после стентирования боли в грудной клетке возникали у всех пациентов, однако постоянные боли сохранялись менее чем в 10% наблюдений. Наиболее интенсивные боли возникали при стентировании высоких стриктур и при использовании стентов большого диаметра. Осложнений в виде кровотечений, перфораций, свищей, аспирационной пневмонии и лихорадки, а также летальных исходов не зарегистрировано. Частота миграции непокрытых стентов составила 4% (при стентировании зоны кардии). Повторные эндоскопические вмешательства при рестенозе пищевода и кардии выполнены в 8% случаев, и в первую очередь при прорастании опухоли непокрытых стентов.

УДК 616.233-072.1:616.329/.33-072.1

СОЧЕТАННАЯ ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ БРОНХОСКОПИЯ И ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ – НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

И.Ю. Недолужко, Ю.Г. Старков, К.В. Шишин

Институт хирургии им. А.В. Вишневского (115093 г. Москва, Большая Серпуховская ул., 27)

Залогом успешного лечения в современной многопрофильной клинике является комплексное дооперационное обследование пациента. Существует большое количество разнообразных видов обследований, которые пациент должен пройти перед каждым оперативным вмешательством, независимо от его характера. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского неотъемлемой частью предоперационного обследования является эзофагогастродуоденоскопия, основной целью которой служит исключение сопутствующей онкопатологии и острых эрозивно-язвенных процессов верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Доказано, что эрозии или поверхностные язвенные дефекты на фоне операционного стресса могут служить причиной серьезных желудочно-кишечных кровотечений. В то же время инвазивные предоперационные процедуры достаточно тяжело переносятся пациентами. В связи с этим нашей целью

стало снижение тяжести и длительности предоперационного обследования без снижения его информативности.

С 2010 г. в институте внедрена трансназальная гастроскопия. Данная методика позволяет провести аппарат по задней стенке глотки, тем самым избежать его контакта с рефлексогенной зоной, вызывающей рвотные позывы. Новейшее оборудование для выполнения данного исследования позволяет выполнить практически весь спектр диагностических манипуляций, в том числе сканирование в режиме FICE и взятие материала для гистологического исследования. Таким образом, трансназальная гастроскопия по своей информативности ничем не уступает традиционному исследованию и при этом является значительно менее травматичной и более комфортной для пациента. Основываясь на имеющемся опыте, мы можем с уверенностью заявить, что использование данной методики позволило снизить травматичность обследования, однако не сократило количество вмешательств.

С 2011 г. в нашей клинике начато внедрение концептуально новой методики обследования пациентов с заболеваниями органов грудной клетки и шеи. В тех случаях, когда требовалась бронхоскопия, мы посчитали возможным объединить ее с диагностической трансназальной эзофагогастродуоденоскопией. Малый диаметр рабочей части трансназального гастроскопа Fujinon EG-530N (5,9 мм) позволяет использовать его в качестве бронхоскопа. Методика выполнения здесь не имеет отличий от традиционных. Перед процедурой проводится премедикация по принятой в институте схеме (реланиум – 2,0 в/м, атропин – 1,0 п/к). Исследование выполняется в положении пациента сидя. После трансназального проведения аппарата и анестезии голосовых связок 2% раствором лидокаина выполняется ларинготрахеобронхоскопия. По ее окончании аппарат извлекается до уровня ротоглотки и вводится в просвет пищевода. Эзофагогастродуоденоскопия по своему выполнению не отличается от стандартной методики. Первой особенностью и незначительной технической трудностью, с которой мы столкнулись, стало скопление желудочного сока в антральном отделе желудка, что было обусловлено вертикальным положением пациента. Использование мощной аспирационно-промывной системы позволяло ликвидировать данное неудобство. В остальном использование трансназального аппарата не повлекло за собой значительного усложнения процедуры либо ограничения ее возможностей.

Таким образом, одномоментные бронхоскопия и эзофагогастродуоденоскопия приводят к значительному снижению травматичности комплексного обследования пациентов в многопрофильной хирургической клинике без снижения его информативности. Преимущества и недостатки данной методики требуют дальнейшего изучения при накоплении большего материала.

УДК 616.36-008.5-02:616-006.089.849.843

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИНИИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ, ВЫЗВАННОЙ ОПУХОЛЮ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

А.В. Шабунин¹, Ю.Ш. Розиков¹, В.В. Бедин¹, Г.М. Чеченин², М.М. Тавобилов², С.А. Гальцев²

¹Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (125284 г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5), ²Российская медицинская академия последилового образования (123995 г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1)

Проведен сравнительный анализ эффективности миниинвазивных способов билиарной декомпрессии при механической желтухе, вызванной опухолью периампулярной зоны.

С 2008-го по декабрь 2010 г. на лечении в Городской клинической больнице им. С.П. Боткина находились 225 пациентов с механической желтухой, обусловленной опухолевым поражением периампулярной зоны. Оперативному лечению подверглось 208 больных (92,4%). Следует отметить, что на момент поступления у 131 пациента (58,2%) уровень общего билирубина был более 200 мкмоль/л – механическая желтуха тяжелой степени, у 80 пациентов (35,6%) выявлена механическая желтуха средней степени, и лишь 14 человек (6,2%) поступили с желтухой легкой степени.

В лечении больных с механической желтухой средней и тяжелой степени мы использовали этапный способ. На основании выработанного нами лечебно-диагностического алгоритма на первом этапе выполняли попытку ретроградного билиодуоденального стентирования. Данное вмешательство выполнено 71 больному (34,1%), использовались пластиковые эндопротезы Olympus и Wilson–Cook. Ранние послеоперационные осложнения выявлены в 11 случаях: острый панкреатит (7), микроперфорация холедоха с желчным перитонитом после предшествующей стентированию папиллосфинктеротомии (3), острый холецистит вследствие обтурации пузырного протока стентом (1). В 1 случае развился панкреонекроз, который привел к летальному исходу.

При невозможности установить стент ретроградно из-за анатомических особенностей и технических трудностей в 107 наблюдениях (51,5%) использовали чрескожные чреспеченочные способы декомпрессии. При антеградной декомпрессии операцией выбора стала холангиостомия под ультразвуковым и рентген-контролем с возможностью в последующем установки нитинолового стента для постоянного желчеотведения. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия выполнена 78 больным (37,5%). При отсутствии условий для холангиостомии в 29 случаях (13,9%) выполнялась холецистостомия под ультразвуковым наведением.

На втором этапе при диссеминированном процессе (отдаленные метастазы, асцит, канцероматоз) и наличии тяжелой сопутствующей патологии выполняли стентирование холедоха нитиноловыми саморасправляющимися стентами (M.I.Tech, Корея). Ретроградно нитиноловые стенты установлены 9, антеградно – 41 больному.

При отсутствии признаков диссеминации на втором этапе проводили лапаротомное лечение. В 13 случаях (18,3%) после ретроградного стентирования выполнена радикальная панкреатогастродуоденальная резекция. Обходной анастомоз (гепатикоюностомия по Ру) наложен 7 больным (9,8%). С пластиковыми стентами выписано 9 человек (12,7%). После чрескожных чреспеченочных способов декомпрессии желчевыводящих путей панкреатогастродуоденальная резекция выполнена 9 (11,5%), паллиативные лапаротомные вмешательства – 14 (17,9%) больным. Осложнения панкреатогастродуоденальной резекции развились у 3 больных после ретроградного стентирования: частичная несостоятельность панкреатоеюноанастомоза (2 случая), аррозивное кровотечение из основного ствола воротной вены, ставшее причиной летального исхода (1 случай). Холангиостомия в 2 случаях осложнилась несостоятельностью панкреатоеюноанастомоза.

Таким образом, больные с механической желтухой требуют этапного подхода к лечению, особенно при желтухе средней и тяжелой степени. На первом этапе следует выполнять попытку ретроградного стентирования, при ее безуспешности – холангио- или холецистостомию. Характер осложнений в послеоперационном периоде на нашем материале не был связан со способом декомпрессии желчевыводящих путей.

УДК 616.34-007.271-089.819.843

ОПЫТ РАЗРЕШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПУТЕМ УСТАНОВКИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ СТЕНТОВ У НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХН.В. Семеньева¹, Г.М. Чеченин², Е.В. Галаева¹¹Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (125284 г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5), ²Российская медицинская академия последипломного образования (123995 г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1)

В последнее время колоректальные стенты все чаще используются для разрешения кишечной непроходимости у неоперабельных больных. В ГКБ им. С.П. Боткина накоплен опыт разрешения кишечной непроходимости путем установки колоректальных стентов фирмы M.I.Tech (Корея). Метод применялся у 38 больных, которым после комплексного обследования установлен диагноз заболевания с неблагоприятным прогнозом, осложненного кишечной непроходимостью.

В 19 случаях диагностирован рак сигмовидной кишки $T_4N_1M_0$, в 5 – рак верхнеампулярного отдела прямой кишки $T_4N_1M_0$, в 5 – рак сигмовидной кишки $T_3N_1M_0$ с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. У 1 пациентки установлен первично-множественный рак толстой кишки и многососудистое поражение коронарных артерий с инфарктом миокарда передней локализации. В 7 случаях обнаружены опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства (рак матки, яичников, мочевого пузыря), сдавливавшие толстую кишку. Еще в 1 случае было диагностировано рубцовое сужение толстой кишки на фоне тяжелой сердечно-сосудистой патологии.

Установка стентов проводилась под внутривенной седацией и анестезиологическим мониторингом в эндоскопической рентгенооперационной во время видеоэндоскопической колоноскопии и под постоянным рентгенконтролем. Колоноскоп подводился к месту сужения, которое обрабатывали жидким водорастворимым контрастом, для определения его топики и протяженности. После чего по каналу колоноскопа металлический проводник заводился за зону сужения, затем по нему устанавливалась система доставки стента. Раскрытие устройства контролировалось под рентгенаппаратом.

При ирригоскопии на 3–4-е сутки было показано, что стенты функционировали удовлетворительно, вышележащие отделы толстой кишки контрастировались свободно. Больные в стабильном состоянии выписывались домой под наблюдение онколога. Длительность жизни у этих пациентов составила от 2 мес до 1,5 года.

В 3 случаях при установке покрытого колоректального стента наблюдалась его дислокация. В 1 случае при установке непокрытого колоректального стента в восходящий отдел толстой кишки также произошла миграция устройства. Дислокацию удалось скорректировать с помощью малоинвазивных эндоскопических методов. В 1 случае у больной со стенозирующим раком сигмовидной кишки $T_4N_1M_1$ произошла перфорация в области некроза опухоли. Была выполнена операция Гартмана, однако на фоне нарастания неврологической симптоматики пациентка скончалась.

Проводя данную работу, мы пришли к следующим выводам:

1. Для разрешения толстокишечной непроходимости на первом этапе для профилактики дислокации нужно устанавливать непокрытые колоректальные стенты, в дальнейшем для предотвращения прорастания опухоли можно устанавливать покрытый стент в непокрытый;

2. Установка колоректального стента для разрешения толстокишечной непроходимости дает время для дообследования

и подготовки больного (при операбельности) к плановой радикальной или циторедуктивной операции, в том числе и для предоперационной полихимиотерапии, компенсации осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии;

3. Установка колоректальных стентов позволяет после разрешения толстокишечной непроходимости при неоперабельности процесса обсуждать вопрос о проведении химиотерапии;

4. Эндоскопическое стентирование у инкурабельных больных является высокоэффективным методом восстановления проходимости просвета толстой кишки, не ухудшает течение основного заболевания и не снижает качество жизни пациента.

УДК 616.329/.33-089.819.843

СТЕНТИРОВАНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: МЕТОДИКИ, ТИПЫ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИХСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ, КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, ОСЛОЖНЕНИЯ

В.В. Соколов, П.В. Павлов, Е.С. Карпова

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена (125284 г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 3)

За 10-летний период (2000–2010) в ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» накоплен клинический опыт эндоскопического стентирования пищевода, желудка и 12-перстной кишки у 368 онкологических больных. Среди них было 247 мужчин и 121 женщина, средний возраст – 66 лет. По нозологии наблюдения распределились следующим образом: стенозирующий рак пищевода III–IV стадии (184), рак кардии II–IV стадии (93), рецидив рака пищевода или желудка после хирургического лечения со стенозом в зоне анастомоза (18), рак легкого IV стадии или злокачественная опухоль средостения с прорастанием и стенозом пищевода (6), стенозирующий рак пилорического отдела желудка III–IV стадии (11), рубцовая стриктура анастомоза после гастроэктоми (15), рак фатерова сосочка, холедоха или головки поджелудочной железы III стадии с прорастанием и стенозом 12-перстной кишки (7). У 34 больных (9%) показанием к стентированию были ранняя несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза после хирургической операции (11), пищеводно-респираторный или пищеводно-медиастинальный свищ (15) и ятрогенная перфорация пищевода (4).

Для эндопротезирования были использованы 395 металлических саморасправляющихся стентов: 310 больным установлен один стент, 7 – одновременно два стента, в 14 случаях через 1–8 мес выполнена замена стента, в 37 – проведено дополнительное стентирование «стент в стент». В 70% наблюдений использованы устройства Choostent и Hanarostent (M.I. Tech Co., Diagmed, Korea), в 24% – Gianturco ZES-PE-CLT (Wilson–Cook, Denmark), в 2% – EZS-UF/AR (Wilson–Cook, Ireland), в 4% – FER-X Ella–Boubella (ELLA-CS, Czech Republic).

У 103 больных (28%) стентирование выполнено без предварительной дилатации или реканализации просвета, у 95 (26%) ему предшествовали баллонная дилатация или бужирование, у 129 (35%) проводились электро- и аргонплазменная коагуляция, у 41 (11%) – фотодинамическая терапия. При стенозирующем раке пищевода, осложнившимся респираторным свищем и стенозом трахеи и левого главного бронха, одновременно со стентированием пищевода, установлены стент Дюмона (трахея) и Hanarostent (левый главный бронх). В 46% наблюдений эндоскопическое стентирование выполнено под прямым рентгенотелевизионным контролем, а в 54% – с использованием только эндоскопической техники. Неудач при установке саморасправляющихся стентов не было.

Во всех случаях пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи были герметично закрыты с ликвидацией аспирации жидкости и пищи. Средняя продолжительность жизни с эзофагомедиастинальным свищем составила 11 недель, с эзофагореспираторным свищем – 13 недель. Тридцатидневная летальность – 9%.

Наилучшие результаты (с максимальной выживаемостью до 23 мес) достигнуты в группе из 59 пациентов с раком пищевода и желудка без отдаленных метастазов. После установки стента большим проведена многокурсовая эндоскопическая фотодинамическая терапия через стенку устройства. Тридцатидневная летальность в этой группе составила 4%, медиана выживаемости – 6 мес. При стенозирующем раке пищевода и желудка и наличии отдаленных метастазов показатель тридцатидневной летальности составил 14%, а медиана выживаемости – 3 мес.

Продолжительность жизни в группах не зависела от метода стентирования и выполнения предварительной реканализации. Всем пациентам после стентирования было восстановлено естественное питание. Стабилизация или увеличение массы тела после установки стента отмечены в 82% случаев.

За время наблюдения (от 1 недели до 23 мес) наиболее часто причиной смерти стало прогрессирование опухолевого процесса (72%), пневмония (10%), декомпенсация соматической патологии (12%), кровотечение (1%). У 5% пациентов причину смерти уточнить не удалось.

У всех больных болевой синдром после стентирования пищевода и кардии оценивался по визуально-аналоговой шкале. Наименее выраженным и продолжительным болевой синдром был после эндопротезирования стентами, фирмы M.I.Tech (Choostent и Hanarostent). Отмечена зависимость степени болевого синдрома от локализации устройства: при стентировании верхней трети пищевода интенсивность боли оценивалась пациентами на 6–7 баллов. Хронический болевой синдром сохранялся пожизненно у 11% пациентов.

Поздними осложнениями стентирования пищевода и кардии были миграция стента (15), разрушение полимерного покрытия с фрагментацией протеза (35), рецидивы дисфагии через 2–18 мес за счет роста опухоли или грануляций выше стента (25), эрозивное кровотечение (4).

В сравнении с другими методами паллиативной помощи инкурабельным больным с опухолевым стенозом пищевода и желудка эндоскопическая реканализация и стентирование самораскрывающимися металлическими стентами является оптимальным вариантом комплексного лечения с хорошим клиническим и функциональным результатом, с улучшением качества жизни и малым количеством осложнений.

УДК 616,231-007.271-089.819.843

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ТРАХЕИ И БРОНХОВ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ САМОРАСКРЫВАЮЩИМИСЯ СТЕНТАМИ У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ

Е.Н. Солоднина, Ю.Г. Старков, К.В. Слепенкова, Б.В. Барский, К.Г. Жестков, Н.Л. Епланова

Институт хирургии им. А.В. Вишневского (115093 г. Москва, Большая Серпуховская ул., 27)

Радикальным методом лечения больных с рубцовым стенозом трахеи является хирургическое вмешательство в объеме циркулярной резекции трахеи. Однако в ряде случаев требуется одномоментное хирургическое лечение в связи с общим тяжелым состоянием, наличием сопутствующей раневой инфекции или изменениями местного статуса. В таких случаях целесообразно

обеспечить временную проходимость дыхательных путей с применением, по возможности, малоинвазивных технологий. Вопрос об эндоскопическом стентировании трахеи до настоящего времени остается дискуссионным, так как использование полимерных стентов несет в себе высокий риск осложнений и имеет невысокую эффективность. Разработка металлических самораскрывающихся стентов открыла новые возможности в этом направлении лечения.

В Институте хирургии им. А.В. Вишневского за 2008–2011 гг. накоплен опыт 65 различных вмешательств по поводу рубцовых стенозов трахеи, в том числе эндоскопического стентирования самораскрывающимися устройствами Hanarostent (M.I.Tech, Ю. Корея). Выполнено 13 стентирований 11 пациентам. Показанием к эндоскопическому вмешательству являлось временное восстановление просвета дыхательных путей при постинтубационном и посттрахеостомическом стенозах. В 7 наблюдениях стентирование выполнено в связи с необходимостью длительной предоперационной подготовки, в том числе у пациентки с трахеомалацией и у пациентки с гнойным остеомиелитом грудины. В 2 случаях после серии бужирований и эндоскопического удаления папиллом трахеи применялось стентирование металлическими устройствами. Двум больным стенты установлены после циркулярной резекции трахеи и частичной несостоятельности анастомоза. В одном наблюдении у пациентки с бронхоплевральным свищем был установлен покрытый стент в левый нижнедолевой бронх с бронхоблокацией несущего свищ сегментарного бронха. В одном случае пациенту с постинтубационным грануляционным стенозом трахеи в связи с деформацией ранее установленного стента выполнено рестентирование с последующей коррекцией через 7 суток. В 3 наблюдениях для установки стентов использовали ригидный бронхоскоп, в 10 – стенты устанавливали под контролем через гибкий бронхоскоп, проведенный параллельно доставочному устройству на самостоятельном дыхании (6 наблюдений) или с использованием ларингеальной маски (2 наблюдения).

Во всех 13 наблюдениях установка стентов была успешной, осложнений не зарегистрировано. Средняя продолжительность стояния устройства зависела от цели вмешательства и составила от 8 суток до 3 мес. В 3 наблюдениях эндоскопическое стентирование явилось окончательным методом лечения: при частичной несостоятельности анастомозов после резекции трахеи и при бронхоплевральном соустье – свищи закрылись на 8-, 13- и 17-е сутки соответственно. Временное стентирование оказалось эффективным в 8 наблюдениях: пациенты оперированы в плановом порядке. Миграция стентов отмечена у 4 больных: в 2 случаях проведена эндоскопическая коррекция положения устройства. У одного пациента по верхнему краю стента сформировалась рубцовая стриктура, что потребовало рестентирования по типу «стент в стент», однако на 7-е сутки в связи с миграцией второго стента в просвет первого и невозможностью циркулярной резекции трахеи наложена трахеотомия.

Следует отметить, что стентирование трахеи и бронхов является сложной и актуальной задачей практической медицины. Для ее успешного решения должен применяться индивидуальный подход. Эндоскопическое стентирование трахеи самораскрывающимися устройствами является малотравматичным методом восстановления просвета дыхательных путей, эффективным и безопасным в качестве первого этапа лечения осложненных рубцовых стриктур трахеи, поскольку позволяет без дополнительного многоэтапного хирургического лечения восстановить дыхательную функцию и провести адекватную общую и местную подготовку для радикального вмешательства. У пациентов с трахеобронхиальными свищами эндоскопическое

стентирование является самостоятельным методом лечения и позволяет восстановить адекватное дыхание и тем самым существенно повысить качество жизни пациентов.

УДК 616.341-007.271-02:616-006-089.819.843

СТЕНТИРОВАНИЕ САМОРАСКРЫВАЮЩИМИСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ СТЕНТАМИ ОПУХОЛЕВЫХ СТЕНОЗОВ ТОНКОЙ КИШКИ

Ю.Г. Старков, Е.Н. Солоднина, С.В. Джантуханова,
И.Ю. Недолужко, К.В. Слепенкова, Н.А. Курушкина

Институт хирургии им. А.В. Вишневского (115093 г. Москва, Большая Серпуховская ул., 27)

Самораскрывающиеся металлические стенты находят все более широкое применение в паллиативном лечении больных с неоперабельными опухолями. Накоплен большой опыт применения подобных устройств при стенозах дыхательного и пищеварительного тракта. Мы хотим представить наблюдения по стентированию тонкой кишки.

Стентирование выполнено 6 пациентам со стенозом тонкой кишки вследствие сдавления опухолями верхнего этажа брюшной полости. У 2 больных первичная опухоль локализовалась в желчном пузыре, у 2 – в головке поджелудочной железы, в 1 случае диагностированы метастазы колоректального рака в печень и в 1 – опухоль Клатцкина. Четыре пациента ранее перенесли гастроэнтеростомию по поводу дуоденальной непроходимости. Показанием к стентированию тонкой кишки служило сдавление двенадцатиперстной кишки или отводящей петли тонкой кишки при прогрессировании первичной опухоли или ее рецидиве. Все пациенты были женского пола, средний возраст составил 72,5 года. Клинически выявлялись признаки частичной тонкокишечной непроходимости. При рентгенологическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта отмечалось нарушение пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке. При эндоскопическом исследовании в 2 наблюдениях выявлен стеноз двенадцатиперстной кишки на уровне луковицы и нисходящего отдела. Сужение отводящей петли тонкой кишки выявлено соответственно на расстоянии 8, 10, 25 и 29 см от гастроэнтероанастомоза. Протяженность сужения составила от 3,5 до 6 см. Эндоскопическое стентирование выполняли под эндоскопическим и рентгенологическим контролем, пилородуоденальными стентами Hanarostent фирмы M.I. Tech диаметром 18 мм и длиной 90 и 110 мм. Всего 6 пациентам было установлено 7 стентов: в одном наблюдении в связи с миграцией устройства на 2-е сутки выполнено рестентирование по типу «стент в стент». Установлено 2 покрытых стента и 5 непокрытых. Предпочтение покрытым стентам отдавали при прорастании опухолью стенки кишки или наличии свищевого отверстия в зоне стеноза (1 наблюдение). Во всех других случаях использовали непокрытые стенты.

Стентирование оказалось успешным во всех наблюдениях. Полное раскрытие стентов наблюдали на 2-е сутки. Осложнений не зарегистрировано. При рентгенологическом контроле отмечался адекватный пассаж бариевой взвеси по тонкой кишке, клиническое улучшение состояния больных. Послеоперационный период составил 3,7 койко-дня.

Таким образом, использование самораскрывающихся металлических стентов позволяет эффективно восстановить проходимость тонкой кишки и улучшает качество жизни у пациентов с неоперабельными опухолями верхнего этажа брюшной полости. Стентирование может являться методом выбора после шунтирующих оперативных вмешательств, неэффективных вследствие продолженного роста опухоли, и позволяет избежать повторной операции у этой категории больных.

УДК 616.33-006.6-089.37

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА МЕТОДОМ ДИССЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ

Ю.Г. Старков, Е.Н. Солоднина, К.В. Шишин, Н.А. Курушкина

Институт хирургии им. А.В. Вишневского (115093 г. Москва, Большая Серпуховская ул., 27)

Эндоскопическая резекция слизистой – это минимальноинвазивная технология, заключающаяся в резекции фрагмента стенки полого органа, включая собственную и мышечную пластинки слизистой оболочки. В ходе данного вмешательства также удаляют часть или весь подслизистый слой. В первую очередь эндоскопическому удалению подлежат новообразования, при которых риск лимфогенного метастазирования незначителен (рак). Частота метастазов в регионарных лимфоузлах возрастает по мере инвазии опухоли в подслизистый слой: риск метастазирования при инвазии в пределах собственной пластинки слизистой желудка составляет 0,5%, а при инвазии в подслизистый слой – 9–20%. По данным разных авторов, сходные показатели регистрируются и при ранних раках пищевода.

Возможны два основных варианта резекции слизистой оболочки: 1) удаление прилежащего к образованию участка с использованием полипэктомической петли; 2) удаление больших участков слизистой оболочки с подслизистым слоем с использованием различных видов инструментов. Выбор варианта зависит от глубины инвазии. Показаниями для выполнения резекции с диссекцией в подслизистом слое является рак типа Sm1 (т.е., инвазия на 1/3 в подслизистый слой) и подслизистые новообразования, локализующиеся во 2-м и 3-м экзослоях по данным эндоскопической ультрасонографии.

В Институте хирургии с 2009 по 2010 г. выполнено 12 резекций слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое. Наибольшее количество вмешательств (6) было предпринято по поводу тяжелой дисплазии, при раннем раке желудка выполнены 2 резекции, и по 1 случаю пришлось на множественные нейроэндокринные опухоли, гастриному культи, рецидивный полип и аденому бруннеровых желез желудка. Использовали R-score, двухканальный видеоэндоскоп фирмы Olympus и одноканальный видеоэндоскоп с FICE-системой фирмы Fujinon. Выбор одно- или двухканальных аппаратов зависел от используемых инструментов. «Традиционная» диссекция с использованием It-knife с помощью двуканального аппарата или R-score была выполнена 8 пациентам. При использовании одноканального аппарата в 1 случае мы применяли Hybrid-knife и в 3 случаях – Flush-knife.

Осложнения: перфорация у больной ранним раком желудка (выполнена лапаротомия и клиновидная резекция стенки); кровотечение через 18 часов после резекции (остановлено эндоскопически). Всем больным на следующий день выполнена контрольная эзофагогастродуоденоскопия, выявлены пострезекционные язвы, покрытые фибрином. Консервативная терапия проводилась блокаторами протоновой помпы (в дозе 80–160 мг/сут.) и гастропротекторами в течение 2 мес.

В настоящее время на фоне стремительно развивающихся эндоскопических технологий, усовершенствования инструментария, проведения различных тренингов для специалистов эндоскопические методы заняли достаточно объемную нишу в лечении новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Комплексное эндоскопическое обследование позволяет не только идентифицировать новообразование, но и определить его локализацию, получить материал для гистологического исследования, стадировать бластоматозный процесс и определить или, по крайней мере, наметить план дальнейшего лечения. Метод резекции

слизистой с диссекцией в подслизистом слое является не только диагностическим (вариант глубокой расширенной биопсии), но зачастую и окончательным методом лечения, а с точки зрения онкологических позиций, соответственно, приоритетным. Накопление опыта подобного рода вмешательств, использование современных инструментов и оборудования, разработка схемы послеоперационного лечения в будущем позволит значительно снизить риск осложнений у данной категории пациентов.

УДК 616.33-002.44-005.1-089

ВОПРОСЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Л.Ф. Тверитнева, Г.В. Пахомова, А.В. Миронов, Г.Е. Белозеров

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (129010 г. Москва, Большая Сухаревская пл., 3)

Проблема гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях остается не до конца решенной, в то время как эффективное применение эндоскопических методов позволяет снизить процент операций, проводимых на высоте кровотечения, а в некоторых случаях и вовсе избежать операции. Наш опыт показывает, что активная эндоскопическая тактика в сочетании с использованием антисекреторных препаратов и гемостатической терапией позволяет снизить количество рецидивных кровотечений и тем самым сократить число экстренных операций.

Целью работы явилось обоснование тактики лечения больных с продолжающимся и состоявшимся гастродуоденальным язвенным кровотечением.

Материалом послужили данные о 430 пациентах с гастродуоденальным язвенным кровотечением и кровопотерей, соответствующей II–IV степени тяжести по классификации А.И. Воробьева. Для характеристики типа кровотечения были использованы эндоскопические критерии классификации Forrest. Пациентов с продолжающимся кровотечением типа F1a было 118 (28%), F1b – 83 (19%), с состоявшимся кровотечением типа F2a – 107 (25%), F2b – 90 (21%), F2c – 32 (7%).

Лечение начинали с эндоскопического гемостаза: спиртовая инфильтрация, аргонплазменная коагуляция, радиоволновая коагуляция, клипирование сосудов, комбинация методов. При продолжающемся кровотечении эндоскопический гемостаз проводился при типе F1a методом спиртовой инфильтрации, аргонплазменной коагуляции и клипирования сосуда либо комбинированным методом. При типе кровотечения F1b выполняли спиртовую инфильтрацию, аргонплазменную или радиоволновую (при капиллярном кровотечении) коагуляцию.

При отсутствии эффекта от первичного гемостаза при кровотечении типа F1a больной направлялся на экстренную операцию. При кровотечении типа F1b допустимы повторные попытки гемостаза, случаев полного отсутствия эффекта здесь не наблюдали. Далее на фоне интенсивного консервативного лечения через 2–24 часа проводили эндоскопический контроль надежности гемостаза. Консервативная терапия включала современные антисекреторные препараты (лосек, некسيوم, контролок) в виде болюсных инъекций и инфузий в дозировке 80–160 мг/сут. При рецидиве кровотечения либо при сохраняющейся угрозе его развития выполнялась экстренно-отсроченная операция (в среднем через 2–12 часов).

Для пациентов, поступивших с признаками состоявшегося (спонтанно остановившегося) кровотечения, тактика заключалась в активной эндоскопической профилактике рецидива: при кровотечении типа F2a – методом спиртовой инфильтрации, аргонплазменной коагуляции либо комбинации методов; при кровотечении типа F2b условием успешного гемостаза было

смывание сгустка на язве для визуализации источника кровотечения, после чего использовался инфильтрационный метод

Пациенты с неустойчивым гемостазом после эндоскопической профилактики рецидива при кровотечениях типа F2a экстренно оперированы. В случаях неэффективного гемостаза при кровотечении F2b, что бывало значительно реже, больному также выполнялась экстренная операция. Пациенты с кровотечением типа F2c в эндоскопическом гемостазе не нуждались. При надежном гемостазе больные на 2–3-и сутки переводились в профильное хирургическое отделение для консервативного лечения и планового обследования, после которого решался вопрос о необходимости плановой операции.

Из арсенала средств гемостаза при желудочном кровотечении мы применяли рентгенангиохирургическую селективную эмболизацию левой желудочной артерии при локализации язвы в верхней и средней трети тела желудка, на малой кривизне и задней стенке). Располагая опытом использования рентгенангиохирургического гемостаза у 52 пациентов с кровотечением из хронических язв желудка, мы обосновали показания к его применению в экстренных условиях: при кровотечении типа F1a после эндоскопического гемостаза и типа F2a после эндоскопической профилактики рецидива при сохраняющейся угрозе рецидива. Эта тактика предназначена для больных с высоким операционным риском, у которых данный этап гемостаза может быть окончательным. В остальных случаях неустойчивый гемостаз после эндоскопической остановки и профилактики рецидива при кровотечениях типа F1a и F2a является показанием к экстренной операции, равно как и рецидив кровотечения после применения рентгенангиохирургического метода.

В результате применения в клинической практике основных положений представленной тактики нам удалось значительно снизить число оперативных вмешательств на высоте кровотечения и тем самым улучшить результаты лечения этой категории больных. По данным эндоскопического исследования и результатам гемостаза разработаны показания к экстренному хирургическому вмешательству при гастродуоденальном кровотечении:

- 1) невозможность или отсутствие эффекта от эндоскопического гемостаза при продолжающемся кровотечении (тип F1a);
- 2) высокий риск рецидива или рецидив кровотечения после эндоскопической остановки (тип F1a) или после эндоскопической профилактики рецидива (тип F2a, редко – тип F2b);
- 3) рецидив кровотечения после рентгенангиохирургического гемостаза.

Всего в экстренном и экстренно-отсроченном порядке были оперированы пациентов 27 (6,3%). Вмешательства, учитывая тяжесть состояния больных, в большинстве случаев имели ограниченный характер. При локализации кровоточащей язвы на малой кривизне желудка в 12 случаях выполнено ее иссечение с проксимальной ваготомией и пилоропластикой по Гейнеке–Микulichу (операция Вайтмана), в 2 случаях с язвой тела желудка осуществлено ее прошивание. При локализации в 12-перстной кишке 8 больным выполнено прошивание язвы в комбинации с проксимальной ваготомией и пилорoduоденопластикой, 2 – прошивание кровоточащей язвы с дуоденопластикой. Двум пациентам с язвой 12-перстной кишки, несмотря на тяжесть состояния, проведена резекция 2/3 желудка с анастомозом по Гофмейстеру–Финстереру и по Бальфуру. Это было обусловлено сочетанием кровотечения с другими осложнениями язвенной болезни (стеноз выходного отдела желудка, пенетрация язвы).

Благодаря использованию разработанной тактики нам удалось улучшить результаты лечения этой категории больных, было достигнуто снижение общей летальности в динамике за 5-летний период с 6,2 до 1,7%.