

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В СОЧЕТАНИИ С БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ «СЛОЖНОГО» ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

**БУДЗИНСКИЙ С.А., БАХТИОЗИНА Д.В., ГОРБАЧЕВ Е.В.**

ГКБ №31 РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва  
l.lilano@yandex.ru

**Введение.** «Сложный» холедохолитиаз (ХЛ), проявляющийся наличием крупных (> 15 мм) или множественных конкрементов билиарного тракта, а также изменениями анатомии парапапиллярной зоны, является одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной панкреатобилиарной хирургии. В последние годы при эндоскопическом транспапиллярном лечении данной категории больных в мировой практике все более широкое применение находит новый метод — баллонная дилатация (БД) области эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с последующим удалением конкрементов.

**Материалы и методы.** В период с 01.2013 по 01.2018 на базе ГКБ №31 было произведено 2690 эндоскопических ретроградных вмешательств, из них 1064 транспапиллярные операции выполнены по поводу ХЛ. При этом 243 вмешательства пришлось на долю пациентов со «сложным» ХЛ. Новый технический прием, а именно БД области ЭПСТ баллонами диаметром от 10 до 20 мм, был применен в 123 наблюдениях у 114 больных данной группы. Женщин среди них было 77, а мужчин — 37. Возраст пациентов варьировался от 27 до 97 лет ( $70,5 \pm 12,9$  лет). Показаниями к данному объему вмешательства был ХЛ с крупными, множественными или неправильной формы конкрементами при наличии клинических проявлений механической желтухи в 92 (80,7%) случаях и без признаков нарушения желчеоттока — в 22 (19,3%). При этом максимальный диаметр конкрементов находился в диапазоне от 8 до 30 мм ( $17,0 \pm 5,0$  мм). Кроме того, у ряда больных имела место измененная анатомия парапапиллярной зоны, а именно — наличие дивертикулов 12-перстной кишки (33), состояние после резекции желудка по Бильрот-II (2), а также деформация дистальных отделов холедоха с формированием ангуляции (1).

**Результаты.** Всем пациентам для обеспечения доступа в желчные протоки предварительно была выполнена ЭПСТ, а затем дополнительно проведена БД этой области. После БД удаление конкрементов без проведения литотрипсии оказалось технически выполнимым в 70 (61,4%) случаях. В остальных 44 (38,6%) наблюдениях для полноценной санации желчного дерева потребовалось выполнение дополнительной механической внутрипротоковой литотрипсии. При этом общая эффективность транспапиллярного эндоскопического лечения во всей исследуемой группе составила 96,5%.

В 2017 году доля пациентов со «сложным» ХЛ, которым была проведена БД области ЭПСТ, достигла 77,6% (38/49). При этом у 32 пациентов (84,2%) удалось добиться полноценной санации желчных протоков без использования дополнительных методик, у 5 пациентов все конкременты были извлечены после выполнения внутрипротоковой меха-

нической литотрипсии, а одному больному не удалось санировать общий желчный проток в связи с размером камня (28 мм в диаметре). Итоговый успех за 2017 год составил 97,3%.

Таким образом, эффективность выполнения БД области ЭПСТ при лечении «сложного» ХЛ была относительно невысокой на этапе освоения методики, но с выходом кривой обучения на плато значительно повысилась (84,2% в 2017 году против 50% за 2013–2016 гг.).

В нашем исследовании встретилось 3 (2,6%) осложнения — 2 кровотечения из области ЭПСТ, в одном случае остановленное с помощью комбинированного эндоскопического гемостаза при повторном вмешательстве, в другом — возникшее интраоперационно и потребовавшее экстренного хирургического вмешательства. Еще одним осложнением была ретродуоденальная перфорация, возникшая при извлечении крупного конкремента, которая привела к летальному исходу (0,9%).

**Заключение.**

1. БД области ЭПСТ является перспективной методикой в лечении «сложного» ХЛ, эффективность которой при изолированном применении составила, по нашим данным, 61,4%, а в комплексе с механической внутрипротоковой литотрипсией достигла 96,5%.

2. Частота осложнений (2,6%) и летальности (0,9%) у данной сложной категории пациентов практически не превышает подобные показатели, характерные для эндоскопических транспапиллярных вмешательств в целом.

3. Для полноценной оценки результатов и преимуществ подобных вмешательств требуется проведение проспективного рандомизированного исследования.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ГЕМОСТАЗУ 1% ВОДНЫМ РАСТВОРОМ НЕПОЛНОЙ СЕРЕБРЯНОЙ СОЛИ ПОЛИАКРИЛОВОЙ КИСЛОТЫ С НАНОЧАСТИЦАМИ СЕРЕБРА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ/БИОПСИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

**ВЕСЕЛОВ В.В., ОЗЕРОВА О.С., СКРИДЛЕВСКИЙ С.Н.**

ФГБУ ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих, Москва  
procardio@mail.ru

**Актуальность.** В настоящее время применяются различные методики медикаментозного, физического и механического эндоскопического гемостаза, а также их сочетания, направленные на повышение надежности гемостаза, сокращение частоты рецидивов кровотечения и уменьшение числа экстренных операций. В целях улучшения результатов эндоскопического гемостаза актуальным направлением является применение новейших разработок, включая наиболее простой метод воздействия на источники кровотечений — ирошение растворами гемостатических препаратов.

**Материалы и методы.** Клинический материал представлен 22 случаями кровотечений, возникших у 9 пациентов после выполнения биопсии слизистой оболочки и полипов

толстой кишки (1 группа) и у 13 — после эндоскопической полипэктомии (2 группа). С целью гемостаза проводилось орошение кровоточащей раневой поверхности 1% водным раствором неполной серебряной соли полиакриловой кислоты с наночастицами серебра. Гемостатический эффект этого препарата достигается благодаря формированию полиакриловой матричной структуры, содержащей молекулы альбумина, образования прочной, состоящей из нескольких микрослоев полиметакрилатной пленки, с последующим ее замещением фибрином. Зону кровотечения орошали указанным препаратом через спрей-катетер, введенный в инструментальный канал эндоскопа. Оценена необходимость применения дополнительных способов эндоскопического гемостаза для остановки кровотечения при применении 10–30 мл препарата, экспонированного на кровоточащей поверхности в течение 1–2 мин. Проведен сравнительный анализ эффективности препарата 1-й и 2-й группы клинических наблюдений. Во 2 группе учитывался примененный способ эндоскопического удаления полипов. Статистический анализ проводился с применением точного критерия Фишера (двустороннего).

Результаты. Аллергических реакций на гемостатический препарат не было ни в одном случае. В 1 группе наблюдений не потребовалось применения дополнительных к орошению кровоточащей поверхности указанным препаратом способов эндоскопического гемостаза для остановки кровотечения, эффективность методики составила 100%. Во 2 группе в 8 (61.53%) случаях были применены дополнительные методы гемостаза, в т.ч.: клипирование — у 5 (38.46%) пациентов, клипирование в сочетании с коагуляцией гемостатическими щипцами — у 1 (7.69%), гемостаз шаровым электродом — у 1 (7.69%) и коагуляция кровоточащего сосуда диатермической петлей — у 1 (7.69%). Сравнительный анализ показал, что во 2 группе достоверно чаще были использованы дополнительные методы эндоскопического гемостаза ( $F=0.00552$ ,  $p<0.05$ ). Необходимость проведения дополнительного гемостаза не зависела от способа полипэктомии: методом холодной эксцизии ( $F=0.59207$ ,  $p>0.05$ ), одномоментной электроэксцизии ( $F=0.55944$ ,  $p>0.05$ ) или пофрагментарной мукозэктомии ( $F=0.19231$ ,  $p>0.05$ ). В 8 (61.53%) случаях (2 группа), потребовавших дополнительного гемостаза после первичного орошения препаратом, не нарушалась визуализация источника кровотечения, а также границ раневого дефекта, что позволило в 100% случаев эффективно применить дополнительные методы гемостаза.

#### Выводы:

1. Методика орошения раневой поверхности 1% водным раствором неполной серебряной соли полиакриловой кислоты с наночастицами серебра в дозе 10–30 мл является 100% эффективным способом остановки кровотечения при биопсиях слизистой оболочки и полипов толстой кишки.
2. Необходимость применения дополнительного эндоскопического гемостаза после первичного орошения раневой поверхности 10–30 мл 1% водного раствора неполной серебряной соли полиакриловой кислоты с наночастицами серебра для остановки кровотечения после полипэктомии

не определяется примененным способом эндоскопического вмешательства, осложнившегося кровотечением. 3. Первичное орошение раневой поверхности 10–30 мл 1% водного раствора неполной серебряной соли полиакриловой кислоты с наночастицами серебра после полипэктомии не ухудшает условия и качество визуализации границ раневой поверхности, источника кровотечения и не препятствует возможности применения дополнительного эндоскопического гемостаза иными способами.

## РОЛЬ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

**ВЛАДИМИРОВА Е.Э., БЫСТРОВСКАЯ Е.В., ШИШИН К.В.**

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва  
katuwka15@mail.ru

**Введение.** Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) неясной этиологии определяют как сохраняющиеся или повторяющиеся кровотечения неясного происхождения, источник которых не обнаружен при гастроскопии и колоноскопии. ЖКК неясной этиологии составляют 5% от всех кровотечений пищеварительного тракта и часто возникают из небольших повреждений кишечника. Трудности эндоскопической диагностики заболеваний тонкой кишки, в первую очередь, обусловлены значительной протяженностью органа, наличием многочисленных изгибов и подвижных петель. Представления об изменениях тонкой кишки всегда ограничены из-за сложностей их диагностики. Чаще всего осматриваются проксимальные участки тощей кишки при гастродуоденоскопии и терминальный отдел подвздошной кишки при проведении колоноскопии. Существует несколько методик эндоскопических исследований тонкой кишки — видеокапсульная энтероскопия и баллонно-ассистированная энтероскопия, играющие решающую роль в оценке ЖКК неизвестной этиологии. Среди новых диагностических технологий капсульная эндоскопия появилась относительно недавно и является наиболее предпочтительной как для пациентов, так и для врачей, в связи с ее малоинвазивностью. Капсульная эндоскопия также имеет более надежные результаты диагностики ЖКК неизвестной этиологии, чем альтернативные неинвазивные методы обследования тонкой кишки, исключая метод баллонной энтероскопии.

**Цель.** Оценка результатов капсульной эндоскопии в диагностике желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) неясной этиологии.

**Материалы и методы.** К настоящему времени проведен анализ результатов видеокапсульных исследований 8-и пациентов с ЖКК неясной этиологии. Исследования проведены с использованием видеоконтактной капсулы с возможностью панорамного обзора Capsio Vision. Показаниями для проведения капсульного исследования были: анемия неясного генеза, малоинформативные результаты гастроскопии и колоноскопии, наличие скрытой крови в кале (иммунохроматографический метод, АТ к Hb), повышение уровня кальпротектина  $>150$  мкг/г. Все исследования проводились