

ционными рекомендациям и режиму, с активной медикаментозной поддержкой в 95% случаев удается добиться выраженного и стойкого положительного эффекта.

Однако, если в отношении стриктур пищевода и кардиальной зоны эффективность и долгосрочность полученных результатов не вызывает сомнений, то применительно к стриктурам пилоро-бульбарной зоны данные разнятся.

Материал и методы. В эндоскопическом отделении ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ за период с марта 2017 года была успешно выполнена эндоскопическая баллонная дилатация стриктур пилоро-бульбарной зоны у 3-х пациентов. Это пациенты с хронической язвенной болезнью и выраженной рубцово-язвенной деформацией пилорического отдела желудка и луковицы 12-ти перстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом и клиникой гастростаза, а также с серьезной сопутствующей патологией, обуславливающей ограниченный выбор в методах лечения заболевания. Диагноз был выставлен на основании жалоб пациентов, результатов рентгенологического и эндоскопического исследований. Диаметр остаточного просвета на уровне сужения варьировал от 3 до 6 мм, протяженность стриктуры колебалась от 6 до 12 мм.

Пациентам с относительными противопоказаниями к радикальному хирургическому вмешательству, учитывая их выраженную кардиологическую и неврологическую патологию, в качестве альтернативы была предложена и с успехом выполнена баллонная дилатация.

Результаты. К настоящему времени максимальный срок наблюдения — 1 год; в этом клиническом наблюдении в результате трех курсов поэтапной баллонной дилатации достигнут диаметр просвета в зоне стриктуры 18 мм, разрешились явления непроходимости и гастростаза, восстановились аппетит и привычный вес пациентки.

Максимальный эффект, достигнутый в результате курса дилатаций — увеличение диаметра просвета от 3 до 12 мм со стойким клиническим эффектом, выражающимся в отсутствии имевшихся ранее симптомов (тошнота, рвота, чувство тяжести в области желудка), возможности приема полутвердой и твердой пищи, а также положительной динамикой эндоскопической и рентгенологической картины.

Выводы. Таким образом, учитывая первый собственный накопленный опыт, клинические наблюдения, мировую и отечественную статистику, можно с уверенностью рассматривать эндоскопическую баллонную дилатацию как альтернативный радикальному хирургическому лечению метод выбора у пациентов с тяжелой сопутствующей общесоматической патологией.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ БДС

НЕДОЛУЖКО И.Ю., ШИШИН К.В., КУРУШКИНА Н.А., ШУМКИНА Л.В.,
КЛЮЕВА К.А.

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва
ksenya_klyueva@inbox.ru

Доброкачественные аденомы ампулы большого дуоденального сосочка (БДС) достаточно редки и встречаются

в 0.4%–0.12% от всех опухолей ЖКТ. При наблюдении в длительные сроки малигнизация таких аденом возникает в 60–65% случаев, поэтому общепринятой тактикой лечения является их удаление. Долгие годы методом выбора оставались хирургические операции, традиционная трансдуоденальная папиллэктомия или панкреатодуоденальная резекция. Эндоскопическая папиллэктомия (ЭПЭ) несколько отличается по объему от трансдуоденальной папиллэктомии и представляет собой резекцию слизистой и подслизистого слоя в области БДС с удалением ампулярных частей терминального отдела холедоха и главного панкреатического протока.

Цель. Оценить эффективность эндоскопической папиллэктомии в лечении аденом БДС.

Материал и методы. В период с апреля 2014 года по сентябрь 2017 г. в МКНЦ накоплен опыт эндоскопического лечения 28 пациентов (15 женщин и 13 мужчин) по поводу аденом БДС. Средний возраст больных составил 56 лет (от 26 до 73 лет). В большинстве наблюдений опухоли были выявлены случайно при обследовании по поводу других заболеваний. Клинические проявления заболевания отчетливо прослеживались лишь у пяти (18%) больных и заключались в жалобах на тошноту, тяжесть в правом подреберье. Протокол предоперационного обследования включал ЭГДС, эндосонографию, КТ или МРТ, которые исключали наличие злокачественного поражения и внутрипротоковое распространение ампулярной аденомы более чем на 1 см. Размеры выявленных аденом составляли от 1 см до 5 см (при наличии латерального стелющегося компонента).

Результаты. Удаление аденомы ампулы БДС единым блоком было выполнено у 17 пациентов. У 9 больных произведено пофрагментное удаление аденомы из-за наличия ее латерального распространения. Интраоперационной перфорации стенки кишки не выявлено. Панкреатическое стентирование пластиковым стентом стремились выполнить во всех наблюдениях, техническая же реализация была успешной у 23 больных (82,1%). Стентирование холедоха пластиковым стентом выполнено у 5 больных на начальном этапе освоения методики. В последующем выполняли канюляцию холедоха и ПСТ лишь при наличии признаков нарушенного желчеоттока. Стентирование не выполняли. Необходимость интраоперационного гемостаза после ЭПЭ возникла в половине наблюдений (14 больных). Источником кровотечения являлись мелкие сосуды подслизистого слоя. Гемостаз осуществляли преимущественно методом гидротермокоагуляции после завершения стентирования ГПП. У 20 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнений не выявлено. У 8 пациентов послеоперационный период осложнился кровотечением, потребовавшим выполнения эндоскопического гемостаза, который был эффективным у 6 из 8 пациентов. В 2 из 8 наблюдений потребовались дополнительные сеансы эндоскопического гемостаза. В 1 из этих случаев, после безуспешных попыток эндоскопического гемостаза, пациент был оперирован: лапаротомия, дуоденотомия, остановка кровотечения. У 2 пациентов

через 1 месяц после ЭПЭ выявлен билиарный стеноз. Выполнено ЭРХПГ, ре-стентирование общего желчного протока, вирсунготомия, стентирование главного панкреатического протока. Общая частота осложнений ЭПЭ – 35,7%: кровотечение (в т.ч. 1 случай – кровотечение в сочетании с перфорацией) – 25,0%, билиарный стеноз – 7,14%, постманипуляционный панкреатит – 3,56%. Летальность – 0%. У 27 (96,4%) пациентам в результате ЭПЭ было выполнено полное удаление опухоли (R0). У 1 (3,6%) пациента при гистологическом исследовании выявлен нейроэндокринный рак (в дальнейшем пациент был прооперирован в объеме лапароскопической панкреатодуоденальной резекции). Средний койко-день составил 3.

Выводы. В 64,3% случаях эндоскопическая папиллэктомиа выполнена без осложнений, клинический эффект сопоставим с другими способами хирургического лечения пациентов с ампулярными аденомами БДС. Несмотря на достаточно большую долю осложнений этой эндоскопической операции (35,7%), ЭПЭ является эффективным, малотравматичным вмешательством, сопровождающимся меньшей продолжительностью госпитализации и более коротким периодом послеоперационной реабилитации. ЭПЭ является предпочтительным методом оперативного вмешательства у пациентов с доброкачественными аденомами БДС.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ТРАНСГАСТРАЛЬНЫЙ НЕЙРОЛИЗИС ЧРЕВНОГО СПЛЕТЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АБДОМИНАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

¹ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, Москва

² ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва
nechipai2011@gmail.com

Хронический абдоминальный болевой синдром (БС) сопровождает большинство онкологических заболеваний брюшной полости, встречается и при болевой форме хронического панкреатита. Несмотря на высокий уровень развития и на успехи фармако- и химиотерапии, на применение специально разработанных хирургических способов купирования боли, проблема остается крайне актуальной из-за наличия у каждого метода «своих» осложнений, а также из-за ограничений каждой из известных методик в возможности их применения и отсутствия гарантированного достижения адекватного уровня обезболивания. Разработаны и применяются малоинвазивные интервенционные методики обезболивания больных с БС: транскутанный (под УЗИ или КТ-наведением – УЗИ-НЛ или КТ-НЛ) и трансгастральный (под контролем эндоскопической ультрасонографии – ЭУС-НЛ) нейролизис. Обе методики дополняют арсенал средств борьбы с абдоминальным болевым синдромом. ЭУС-НЛ сопряжен с меньшим, чем УЗИ- и КТ-НЛ, риском развития осложнений; с учетом его большей безопасности нами было проведено исследование, направленное на изучение динамики выраженности

болевого синдрома и выявление наиболее типичных вариантов ответов на выполнение данного эндоскопического вмешательства.

Цель исследования: продемонстрировать динамику показателя выраженности болевого синдрома после выполнения ЭУС-НЛ у пациентов с хроническим абдоминальным болевым синдромом.

Материалы и методы: В период 2006–2016 гг. ЭУС-НЛ был выполнен в 97 случаях, из которых 75 вошли в исследование. Из них в 14 наблюдениях вмешательство было выполнено повторно в связи с его малой эффективностью. В 31 случае было невозможно проследить эффект от воздействия на всем протяжении по различным причинам (неявка на осмотр в связи с общим тяжелым состоянием, удаленностью места проживания и проч.), в связи с чем данная группа не вошла в исследование. Перед ЭУС-НЛ, на следующий день, а также через 1,2,4,6 недель после его выполнения пациенты заполняли анкету с визуальной-аналоговой шкалой (ВАШ) по 100-балльной системе, в которой отмечалась интенсивность болевого синдрома в каждой из указанных выше контрольных «точек». Затем проводилась оценка данных, оценивалась эффективность ЭУС-НЛ в данном случае по этому критерию.

Результаты: Изначальный показатель медианы выраженности интенсивности болевого синдрома составил 80 баллов. При оценке различий между исходным уровнем выраженности БС и уровнем боли непосредственно (на следующий день) после ЭУС-НЛ (медиана – 18 баллов) отмечен наиболее выраженный ответ – снижение интенсивности болевого синдрома ($p < 0,05$). При дальнейшем наблюдении отмечено закономерное нарастание болевого синдрома, несмотря на это, в конечной референсной точке наблюдения медиана показателя выраженности интенсивности болевого синдрома составила 30 баллов – что говорит о наличии статистически значимой разницы, по сравнению с исходным уровнем этого показателя ($p < 0,05$).

Выводы: На основании анализа данных субъективной оценки пациентами интенсивности болевых ощущений с помощью ВАШ, изучена выраженность (в сравнении с исходной) болевого синдрома в разные интервалы времени после выполнения ЭУС-НЛ. Установлено, что: а) интенсивность БС значимо снижается, по сравнению с исходной, на протяжении всего периода наблюдения, б) после достигнутого и удерживающегося в течение определенного периода времени снижения уровня болевого синдрома отмечена тенденция к постепенному нарастанию интенсивности боли, которая, однако, не имеет статистически значимого веса.

Заключение: ЭУС-НЛ является одним из методов паллиативной помощи пациентам с хроническим абдоминальным болевым синдромом, возможности, применения которого в недостаточной степени внедрены в отечественную клиническую практику. Опираясь на результаты проведенного исследования, его можно рекомендовать как дополнительное либо приоритетное обезболивание в группе пациентов с хроническим абдоминальным болевым синдромом верхнего этажа брюшной полости.