УДК 616.329/.33-072.1-089

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Габриэль Сергей Александрович
к.м.н.

Тлехурай Руслан Махмудович
к.м.н.

Бжассо Тимур Кимович

Смирнова Светлана Сергеевна

Самородский Александр Валерьевич
МУЗ ГБ №2 «КМЛДО» г.Краснодар, Россия

В этой статье описываются новые и перспективные методы эндоскопической хирургии, применяемые в МУЗ ГБ №2 «КМЛДО» г. Краснодар (Россия): эндоскопическая резекция слизистой оболочки, лигирование латексными кольцами варикозно-расширенных вен пищевода, стентирование пищевода при его обструктивных поражениях

Ключевые слова: ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ЛИГИРОВАНИЕ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА, СТЕНТИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПРИ ЕГО ОБСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

UDC 616.329/.33-072.1-089

MODERN METHODS OF ENDOSCOPIC SURGERY IN TREATMENT OF UPPER GASTROINTESTINAL DISEASES

Gabriel Sergey Alexandrovich
Dr.Sc.(Med)

Tlekhuray Ruslan Makhmudovich
Dr.Sc.(Med)

Bjasso Timur Kimovich

Smirnova Svetlana Sergeevna

Samorodskiy Alexandr Valerievich
City Hospital #2 «KMLDO», Krasnodar, Russia

New perspective methods of endoscopic surgery, applied in City Hospital #2 «KMLDO», Krasnodar, Russia, are described in this article: endoscopic resection of esophageal mucosa, ligation of esophageal varices by latex rings, esophageal stenting for its obstruction

Keywords: ENDOSCOPIC RESECTION OF ESOPHAGEAL MUCOSA, LIGATION OF ESOPHAGEAL VARICES BY LATEX RINGS, ESOPHAGEAL STENTING FOR ITS OBSTRUCTION.

Эндоскопия является молодой и перспективной дисциплиной в медицине. Благодаря появлению новых технологий, аппаратуры и инструментария количество эндоскопических методик расширяется, и они активнее участвуют в лечебном процессе. Возможности эндоскопии расширились от банальных биопсий при диагностических исследованиях, до

сложных хирургических вмешательствах практически во всех системах и органах организма.

Отделение эндоскопии МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО» является крупнейшим отделением по диагностике и малоинвазивному лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта. Оно оснащено довольно современным оборудованием и имеет все необходимые площади для осуществления поставленных задач.

Одним из приоритетных направлений в работе отделения является выявление предраковых и начальных форм онкологических заболеваний пищевода, желудка, толстой кишки. Для ранней, а значит адекватной помощи пациентам с данной патологией, применяются современные, получившие признательность во многих клиниках мира и доказавшие свою эффективность, методы.

На рисунке 1 проанализировано количество диагностических ФГДС, выполненных в отделении с 2007 по 2008 год. Диагностических ФГДС в 2007 году 12884, 2008 году на 14 % больше - 14654 пациентов.

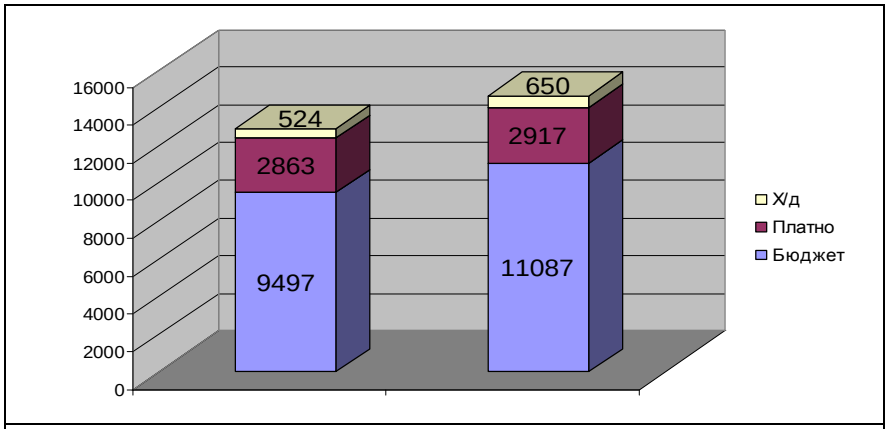


Рис. 1. Количество диагностических ФГДС

Эндоскопическое исследование толстой кишки является наиболее достоверным методом диагностики заболеваний данного отдела. На рисунке 2 показано количество диагностических ФКС. В 2007 году - 3305, в 2008 году на 18 % больше - 4023 пациентов. С 2008 года в клинике внедрены ФКС под наркозом - 173 исследования.

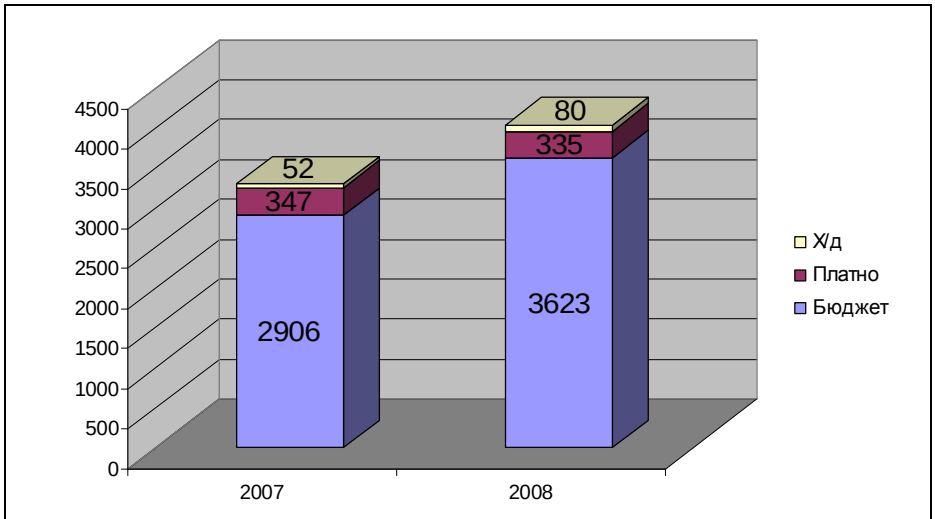


Рис. 2. Количество диагностических ФКС

В 2008г. в практическую работу нашего отделения внедрено ряд новых эндоскопических манипуляций, некоторые из которых выполнены впервые в крае. В настоящей статье мы хотим показать результаты нашей работы по трем новым и перспективным методам эндоскопической хирургии: эндоскопическая резекция слизистой оболочки, лигирование латексными кольцами варикозно-расширенных вен пищевода, стентирование пищевода при его обструктивных поражениях.

Начиная с июля 2008 года в арсенале эндоскопического отделения появилась эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией подслизистого слоя при полиповидных образованиях желудка. Данную операцию выполняем при помощи резектотомов фирмы «Olympus».

Параллельно этой методике, выполнялась полипэктомия в схожей по нозологии группе. Всего в исследование вошло 24 больных с полиповидными образованиями желудка: 12 - основная и 12 - контрольная группы. По результатам патогистологического исследования (ПГИ) в основную группу были включены больные: 9 – с гиперпластическими полипами, 2 – темноклеточной пролиферацией, 1 –участки дисплазии II-III ст в гиперпластическом полипе, и в контрольную группу – 12 больных с гиперпластическими полипами. По полу соотношение мужчин и женщин

было 9:15, в основной – 6:6 и в контрольной – 4:8. Размеры образований варьировали от 1.0 до 3.0 см.

В контрольной группе при повторном исследовании через 2-3 месяца в 100% случаях наблюдался рецидив полиповидных образований. Однако, в этой группе осложнений, при проведении полипэктомии, не было.

В основной группе при повторном исследовании через 6 месяцев рецидив полиповидного образования выявлен у 1 (8.3%) больного. В этой группе отмечались следующие осложнения: 1 – кровотечение (Рисунок 3а) (8.3%), 1 – перфорация (Рисунок 4а,б) (8.3%).

Кровотечение из края пострезекционной раны было остановлено эндоскопическим клипированием сосуда (Рисунок 3б).

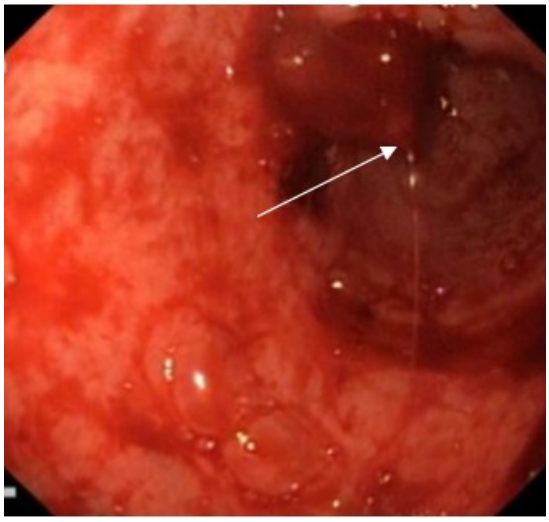
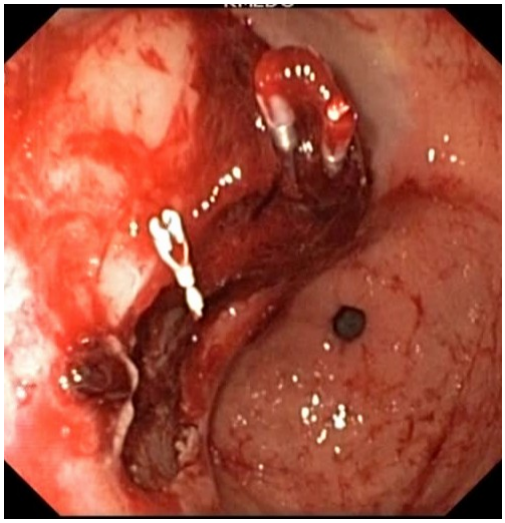
	

Рис. 3а. Контрольная ФГДС через 2 часа после операции. Струйное кровотечение.	Рис. 3б. Контрольная ФГДС через 2 часа после операции. Струйное кровотечение остановлено эндоклипированием

Перфорация, развившаяся в раннем послеоперационном периоде у больного с темноклеточной пролиферацией (ПГИ), в виду истончения стенки желудка, была выявлена через 2 часа при контрольном осмотре и потребовала полостной операции: лапаротомии и ушивания перфоративного отверстия (Рисунок 4а,б).

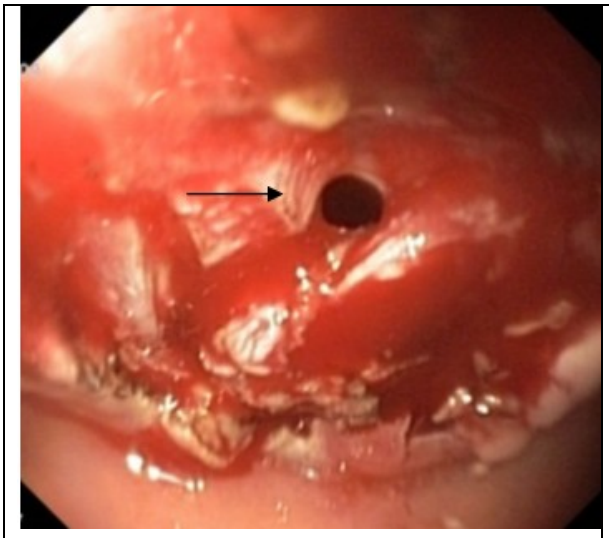


Рис. 4а. Контрольная ФГДС, 2 часа после операции. По центру пострезекционной раны визуализируется перфоративное отверстие.

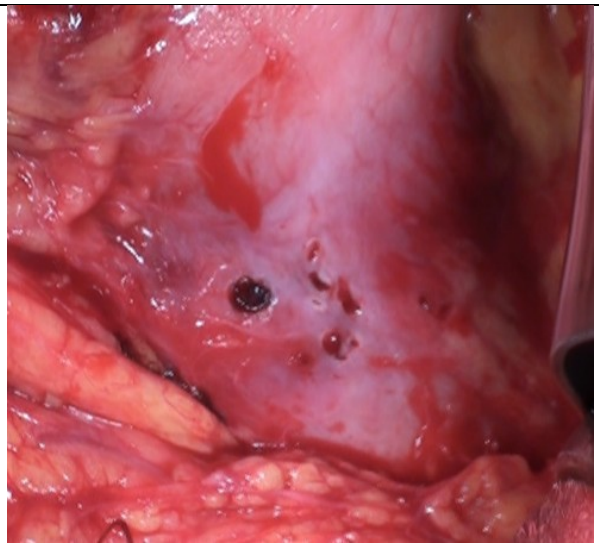


Рис. 4б. Лапаротомия. Вид с серозной стороны желудка.

Все больные после эндоскопической резекции слизистой оболочки желудка с диссекцией подслизистого слоя были выписаны через 2-3 суток. Только пациент с перфорацией стенки желудка был выписан на 8 сутки.

Можно сделать предварительные выводы: эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией подслизистого слоя при полиповидных

образованиях желудка имеет высокую медицинскую и экономическую эффективность, является сложной методикой и выполнима только при наличии высококачественной аппаратуры и инструментария, что позволит снизить до минимума количество осложнений и решить вопрос об их эндоскопическом лечении.

Малоинвазивные вмешательства (бужирование, стентирование) для восстановления проходимости пищевода при его обструктивных поражениях, являются перспективными направлениями в современной медицине и позволяют решать не только медицинские, но и социальные проблемы.

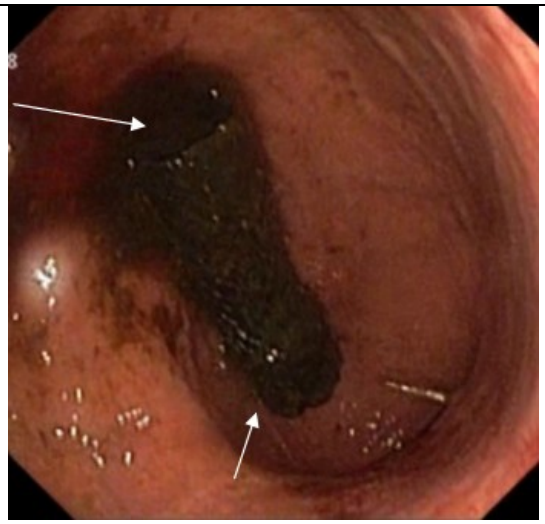
С 2008 года в клинике установлены стенты 11 пациентам, клиническая характеристика представлена в таблице 1.

Распределение по полу: Мужчин – 7 Женщин – 4
Распределение по патологии: Пептическая стриктура пищевода при грыже пищеводного отверстия диафрагмы - 1 Стриктура пищевода опухолевого генеза - 10
Протяженность стриктуры: 1-4 см – 3 пациента 6 см – 4 пациента 10 см – 4 пациента
Локализация стриктуры Нижняя треть – 8 пациентов Средняя треть – 3 пациента

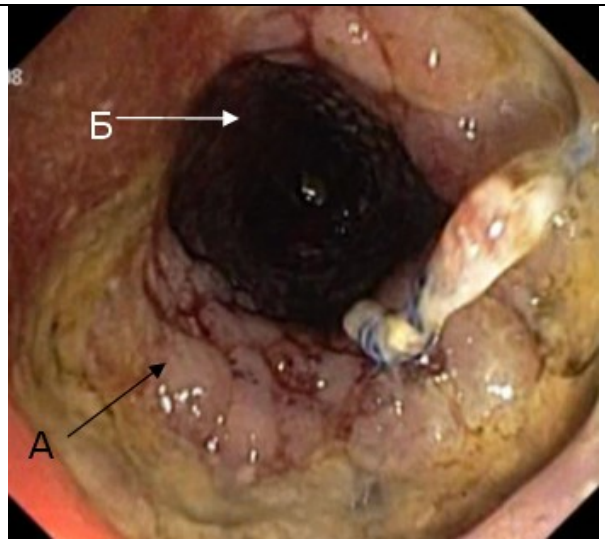
Таб. 1. Клиническая характеристика больных со стентированием пищевода (N=11)

В настоящее время мы отдаем предпочтение самораспрaвляющимся эндопротезам фирмы «M.I.Tech» (Корея). Они представляют собой сетчатую металлическую конструкцию, покрытую полимерной пленкой, способную благодаря упругости, расправиться после установки в просвете пищевода. На подготовительном этапе стентирования для расширения просвета пищевода во всех случаях предварительно проводили бужирование стриктур бужами до 12,8 или 14 №. Всегда данная манипуляция выполнялась под наркозом. Выраженных сложностей при установке стента не наблюдали.

После установки стента у 7 пациентов (72%) отмечались боли за грудиной умеренного характера. У подавляющего большинства больных с дисфагией сразу после стентирования или на следующие сутки появлялась возможность приема жидкой или полугустой пищи, а через 3-5 суток явления дисфагии полностью исчезали. Описанных в литературе кровотечений, пролежней до настоящего времени не наблюдали. Среди поздних осложнений стентирования имело место фрагментация и смещение в желудок дистального конца стента с антирефлюксным клапаном из-за перелома элементов его конструкции (Рисунок 5а,б).

	
Рис. 5а. Обтурация просвета опухолью вследствие отрыва дистальной части стента	Рис. 5б. Фрагмент стента в желудке

Больные были госпитализированы. Одномоментно выполнено извлечение дистального фрагмента стента (Рисунок 6а) из желудка и рестентирование пищевода (Рисунок 6б).

	
Рисунок 6а. Извлеченный фрагмент стента	Рисунок 6б. Произведено рестентирование пищевода. А- «вросший» раннее установленный стент Б - вновь установленный стент

Весьма важно, что для больных раком пищевода установка стентов не препятствует проведению специального лечения (лучевая, химиотерапия или их комбинации), а, наоборот, создает более безопасные условия для осуществления весьма агрессивной терапии, т.к. при этом угроза распада опухоли, чреватая кровотечением или образованием свищей, теряет свой фатальный характер.

За последний год силами отделения проделана большая работа по созданию наиболее оптимального алгоритма лечения больных с варикозно-расширенными венами пищевода. За этот период эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода выполнено 8 пациентам в возрасте от 21 до 72 лет, клиническая характеристика показана в таблице 2.

Распределение пациентов по полу: - мужчины – 4; - женщины – 4.
Распределение пациентов по этиологии портальной гипертензии: - Первичный билиарный цирроз печени –1 - Цирроз печени криптогенный – 2 - Цирроз печени вирусной этиологии С – 4 - Подпеченочная портальная гипертензия - 1
Распределение пациентов по степени варикоза:

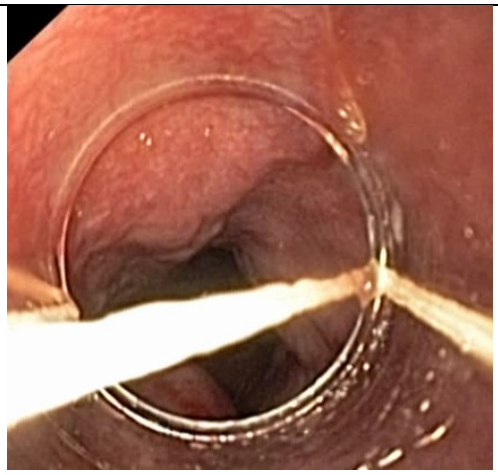
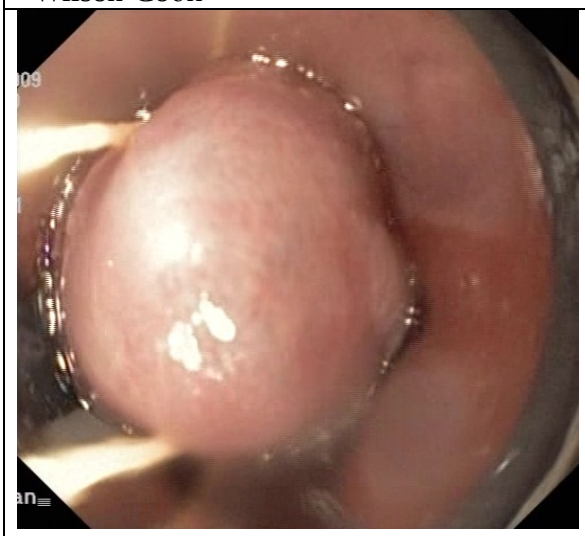
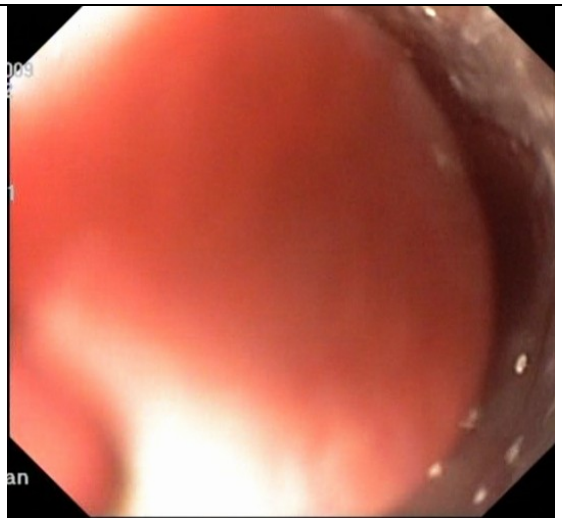
- варикозно-расширенные вены пищевода 1 ст. – 3 пациента; - варикозно-расширенные вены пищевода 2 ст. – 2 пациента; - варикозно-расширенные вены пищевода 3 ст. – 3 пациента.
Таб. 2. Клиническая характеристика больных с эндоскопическим лигированием варикозно-расширенных вен пищевода (N=8).

Без профилактического лечения больные циррозом печени с варикозными узлами в пищеводе имеют 25%-40% риск развития кровотечения в течение 2 лет. Степень риска кровотечения связана с классом тяжести по Чайлду-Пью, размером варикозного узла и наличием красных пятен на нем, градиентом печеночно-венозного давления.

Для эндоскопического лигирования в клинике используется лигатор варикозно-расширенных вен пищевода на 6 лигатур-колец модели «Shooter» фирмы «Wilson-Cook» MBL-6-PK, одеваемый на дистальный конец эндоскопа (Рисунок 7). Эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода основывается на странгуляции варикозных узлов эластичными О-образными лигатурами.

Сначала аппарат со специальной насадкой на конце (в виде короткой прозрачной трубки, на которой надеты латексные кольца) подводиться вплотную к вене, включается отсос (рисунок 8а), и участок вены втягивается внутрь трубки (рисунок 8б) (втягивание должно проводиться до превращения поля зрения в «красное пятно» (рисунок 8в). Затем кольцо сбрасывается с

трубки и пережимает втянутый участок вены. Лигирование производится от дистального края к проксимальному по спирали (рисунок 8д).

<table>
<tr><td>
</td><td>  </td></tr>
<tr><td>Рис. 8. Лигатор варикозно-расширенных вен пищевода «Shooter MBL-6-PK» «Wilson-Cook»</td><td>Рис. 9а. ФГДС. Аппарат со специальной насадкой подводиться вплотную к вене, включается отсос</td></tr>
<tr><td>  </td><td>  </td></tr>
<tr><td>Рис. 9б. ФГДС. Участок вены всасывается внутрь трубки</td><td>Рис. 9в. ФГДС. Всасывание должно проводиться до превращения поля зрения в «красное пятно»</td></tr>
</table>

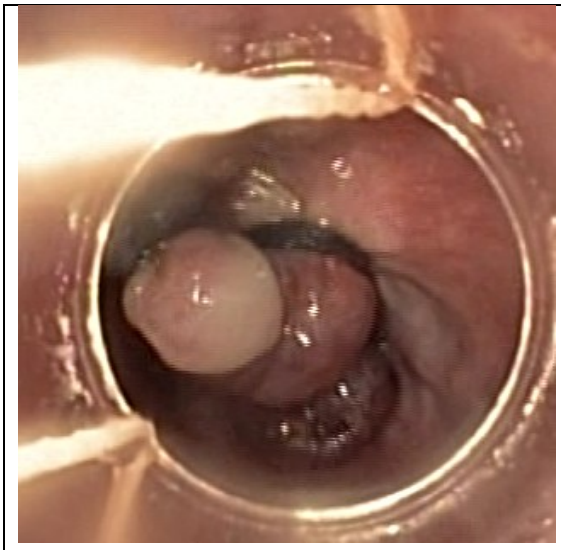
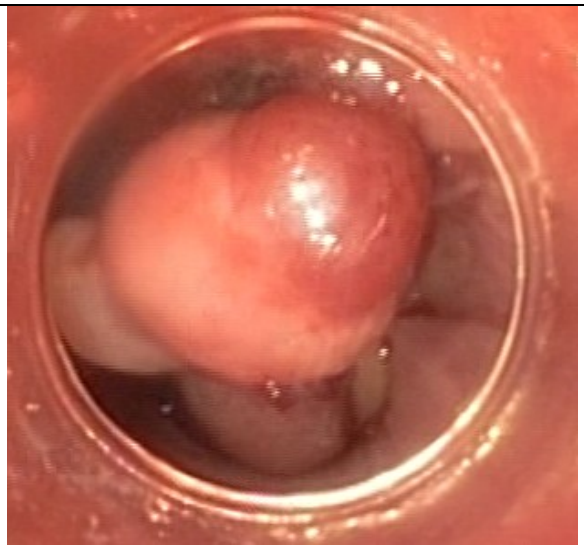
	

Рис. 9г. ФГДС. Кольца набрасываются на каждый венозный ствол, начиная с гастро-эзофагеального соединения	Рис. 9д. ФГДС. Затем в проксимальном направлении по спирали

Данная методика с целью гемостаза, на высоте кровотечения, была использована у 2-х больных. Гемостаз был достигнут у 100% пациентов.

У 6 больных лигирование варикозно-расширенных вен пищевода выполнялось после состоявшегося кровотечения, с профилактической целью. При динамическом наблюдении за пациентами, в течении данного времени, повторных эпизодов кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода не было.

Эндоскопическое лигирование варикозных узлов с помощью эластических колец доказало свою эффективность для предотвращения повторных кровотечений, даже в сравнении со склеротерапией.

Благодаря наличию видеоэндоскопической аппаратуры в отделении продолжается создание базы данных видеоизображений при ФГДС и колоноскопии. Данные используются при занятиях со студентами и в научно-исследовательской работе.

Вышеперечисленные методы эндоскопической хирургии являются высокоэффективными как с экономической, так и с медицинской точки зрения и могут достигать 100% результативности.

Данные методы требуют дальнейшего исследования, отработки и совершенствования практических навыков, показаний и противопоказаний.

Список используемой литературы

1. Галлингер Ю. И., Годжелло Э.А. Эндоскопическое лечение рубцовых стриктур пищевода. Эндоскопич. хирургия. 2000; 5: 33–9.

2. Годжелло Э.А. Лечение рубцовых стриктур пищевода и пищеводных анастомозов с использованием гибких эндоскопов. Вестн. РАМН. 1998; 6: 36–9.

3. Мяукина Л.М., Рыбин Е.П. Рубцовые сужения пищевода после химических ожогов – диагностика, тактика, лечение, профилактика. Методические рекомендации. СПб., 1999.

4. Павлюк А.Д. Бужирование пищевода в комплексе консервативного лечения его ожоговой стриктуры. Клінічна хірургія. 1995; 3: 22–4.

5. Русанов А.А., Русанова Н.И. Перфорация пищевода при бужировании. Хирургия. 1976; 7: 42–7.

6. Скворцов М.Б. Выбор оптимального способа лечения рубцовых сужений пищевода. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1991.

7. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М. Бужирование пищевода при ожоговых стриктурах. Хирургия. 1998; 10: 25–9.

8. Перепелицын В.Н., Шилова Ф.А., Мехоношин В.Н. и др. Оптимальные сроки баллонной дилатации ожоговых стенозов пищевода. Тезисы докладов V Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскопич. хирургия. 2001; 3: 41.

9. Blesa E, Moreno C, Alaminos M et al. Severe caustic injuries of the esophagus: when to replace the esophagus. Cir Pediatr 2001; 14 (1): 34–7.

10. Stiff G, Alwaft A, Rees BI, Lari J. Corrosive injures of the oesophagus and stomach: experience in management at a regional pediatric center. Ann R Coll Surg Engl 1996; 78 (2): 119–23.

11. Swarbrick ET, Gough AL, Foster CS et al. Prevention of recurrence of oesophageal stricture, a comparison of lansoprazole and high-dose ranitidine. Eur J Gastroenterol Hepatol 1996; 8: 431–8.

12. Jaspersen D, Diehl K-L, Schoeppner H et al. A comparison of omeprazole, lansoprazole and pantoprazole in the maintenance treatment of severe reflux oesophagitis. Aliment Pharmacol Ther 1998; 12: 49–52.

13. Klinkenberg-Knoll EC, Festen H, Jansen J et al. Long-term treatment with omeprazole for refractory reflux esophagitis: efficacy and safety. Ann Intern Med 1994; 121: 161–7.

14. Silvis SE, Farahmand M. Johnson JA et al. A randomized blinded comparison of omeprazole and ranitidine in the treatment of chronic esophageal stricture secondary to acid peptic esophagitis. Gastrointest Endosc 1996; 43: 216–21.

15. Исаков В.А. Ингибиторы протонного насоса: их свойства и применение в гастроэнтерологии. М.: Академкнига, 2001.

16. Everett SM, Axon TR. Early gastric cancer: disease or pseudo-disease. Lancet 1998; 351: 1350–2.

17. Giovannini, Bernandini D, Moutardier V et al. Endoscopic Mucosal resection (EMR): Result and Prognostic Factors in 21 Patient. Endoscopy 1999; 31 (9): 698–701.

18. Greff M, Palazzo L, Ponchon Th, Canard JM. Guidelines of the French Society of Digestive Endoscopy: Endoscopic Mucosectomy. Endoscopy

19. Kawaguchi A. The best endoscopic measure for early gastric cancer is endoscopic mucosal resection with a cap method. Digestive Endoscopy 2000; 12 (suppl.): S7–8.

20. Kida M. Endoscopic tumor Diagnosis and Treatment. Endoscopy 2000; 11 (32): 836–44.

21. Canto M. Staining in gastrointestinal Endoscopy: the Basics. endoscopy 1999; 31 (6): 479–86.

22. Mishima T, Chonan A et al. Endoscopic ultrsonography for diagnosis of malignant lymphoma of the stomach. Abstract Book p. 457–461. 3th International Gastric Cancer Congress.

23. Fukuda M, Hirata K, Natori H. endoscopic Ultrasonography of the Esophagus. World J Surg 2000; 24: 216–26.

24. Barbosa JAL, Maciel J, Vale AC, Saraiva AC. Rndosonographic characteristics of perigastrointestinal lymphnodes studied ex-corpore. Europ J Surg Oncol 2005; 31: 406–9.

25. Cales P, Masliah C, Bernard B et al. N Engl J Med 2001 Jan 4;344(1):23-8.

26. Freitas DS, Sofia C, Pontes JM et al. Hepatogastroenterology 2000 Sep-Oct;47(35):1310-4

27. Besson I, Ingrand P, Person B et al. N Engl J Med 1995 Aug 31;333(9):555-60.

28. Zuberi BF, Baloch Q. Am J Gastroenterol. 2000 Mar;95(3):768-71.

29. Sung JJ, Chung SC, Yung MY et al. Lancet. 1995 Dec 23-30;346(8991-8992):1666-9.

30. Avgerinos A, Klonis C, Rekoumis G et al. J Hepatol. 1991 Jul;13(1):78-83.

31. Chakravarty BJ, Riley JW. J Gastroenterol Hepatol. 1996 Mar;11(3):305-6.