



Э К Л И Н И Ч Е С К А Я Н Д О С К О П И Я

Clinical Endoscopy научно-практический журнал



ЮБИЛЕЙ 75

Эндоскопическое типирование аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки

Прогностическая значимость факторов трансформации слизистой оболочки у пациентов с пищеводом Барретта

Синдром средней доли

Особенности работы медицинской сестры эндоскопического профиля в России и в других странах

Возможности холангиоскопии в диагностике первичного склерозирующего холангита

Интрамуральная диссекция пищевода – редкое осложнение возинофильного эзофагита у детей

Создан для вас - процессор **IMAGINA**

Ваш выбор для повседневного использования



LED
TECHNOLOGIE



Новая система IMAGINA от PENTAX Medical сочетает в себе высочайшее качество изображения высокой четкости с интуитивно понятным управлением и совместима с рядом новых эндоскопов PENTAX Medical HD. Технология i-scan обеспечивает особенно надежную диагностику благодаря возможностям усиления изображения. Кроме того, современный светодиодный источник света снижает затраты на техническое обслуживание. Благодаря новому интерфейсу с сенсорным экраном система IMAGINA удобна в использовании и идеально поддержит вас на протяжении всего процесса лечения.

PENTAX
MEDICAL

Московское представительство PENTAX Europe GmbH (Germany)
Адрес: 4-й Лесной переулок, 13, 125047, г. Москва, Россия
Тел.: +7 495 114 52 31
E-mail: info.ru@pentaxmedical.com



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ

Clinical endoscopy

ISSN 2415-7813

Основатель журнала – А.В. Филин
Председатель Российского Эндоскопического Общества: Королев Михаил Павлович
Учредитель: Мяукина Людмила Михайловна

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор: Белова Галина Вячеславовна

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

заместители главного редактора – руководители направлений

Административные вопросы:
Дуванский Владимир Анатольевич, Москва
Гастроэнтерология:
Павлов Павел Владимирович, Москва
Обучение в эндоскопии:
Бурдюков Михаил Сергеевич, Москва
Детская эндоскопия:
Волерт Татьяна Алексеевна, Санкт-Петербург
Колопроктология:
Агейкина Наталья Владимировна, Москва
Онкология:
Пирогов Сергей Сергеевич, Москва
Оперативная эндоскопия:
Коржева Ирина Юрьевна, Москва
Пульмонология:
Дробязгин Евгений Александрович, Новосибирск
ЭндоУЗИ:
Малихова Ольга Александровна, Москва
Сестринское дело в эндоскопии:
Пинина Елена Юрьевна, Москва

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Королев Михаил Павлович, Санкт-Петербург
Балалыкин Алексей Степанович, Москва
Будзинский Александр Анатольевич, Москва
Васильев Игорь Васильевич, Санкт-Петербург
Веселов Виктор Владимирович, Москва
Галлингер Юрий Иосифович, Москва
Годжелло Элина Алексеевна, Москва
Иванова Екатерина Викторовна
Иванцова Марина Александровна, Екатеринбург
Корниенко Елена Александровна, Санкт-Петербург
Короткевич Алексей Григорьевич, Новокузнецк
Маев Игорь Вениаминович, Москва
Нечипай Андрей Михайлович, Москва
Павлов Павел Владимирович, Москва
Палевская Светлана Александровна, Москва
Парфенчикова Елена Владимировна, Москва
Поддубный Борис Константинович, Москва
Солоницын Евгений Геннадьевич, Санкт-Петербург
Старков Юрий Геннадьевич, Москва
Трухманов Александр Сергеевич, Москва
Федоров Евгений Дмитриевич, Москва
Хрусталева Марина Валерьевна, Москва
Чернеховская Наталья Евгеньевна, Москва
Щербаков Петр Леонидович, Москва
Яблонский Петр Казимирович, Санкт-Петербург

АССОЦИИРОВАННЫЕ ОБЩЕСТВА И ОРГАНИЗАЦИИ

Хирургическое общество Н.И. Пирогова,
эндоскопическая секция, Санкт-Петербург
Российская ассоциация медицинских сестер

АДРЕС РЕДАКЦИИ

194295, Санкт-Петербург, а/я 35
Телефон/факс: (812) 635-65-64
E-mail: red@ruseendo.ru
Верстка Ровнейко Инна Васильевна
Перевод Федотов Борис Леонидович

Официальный печатный орган Российского
Эндоскопического Общества РЭнДО www.endoscopy.ru
Основан в 1999 году.

СОДЕРЖАНИЕ

Колонка Редактора 3

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Эндоскопическое типирование аденом большого
сосочка двенадцатиперстной кишки 5
Старков Ю. Г., Вагапов А. И., Замолотчиков Р. Д.,
Джантуханова С. В.

Прогностическая значимость факторов
трансформации слизистой оболочки у пациентов
с пищеводом Барретта 11
Белова Г. В.

Синдром средней доли 25
Чернеховская Н. Е., Коржева И. Ю., Вычужанина Н. В.,
Волова А. В.

Особенности работы медицинской сестры
эндоскопического профиля в России и в других
странах 37
Пинина Е. Ю., Пирогов С. С., Зарубина Н. Ю., Водолеев А. С.,
Карпова Е. С., Каприн А. Д.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Возможности холангиоскопии в диагностике
первичного склерозирующего холангита 45
Курданова М. Ю., Малихова О. А., Тимофеев М. Е.,
Имаралиев О. Т.

Интрамуральная диссекция пищевода – редкое
осложнение эозинофильного эзофагита у детей 48
Корниенко Е. А., К. Бабаева У. М., Павелец Н. К.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

Участие медицинских сестер в профилактике
нарушений психического здоровья 60
Красюков А. В.

ОБУЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИИ

Первая студенческая олимпиада
по хирургии и эндоскопии им. Э. В. Луцевича –
выдающегося хирурга и ученого 70

МЕРОПРИЯТИЯ

Актуальные вопросы
VI Евразийского форума УралЭнДО 73
Иванцова М. А.

ЮБИЛЕЙ

Михаил Павлович Королев 79

Издание зарегистрировано Государственным Комитетом РФ по печати,
свидетельство № 018748 от 29.04.1999.
Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных
в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения
редакции.
Отпечатано в типографии ООО "Типография Лесник".
Адрес: 197183, г. Санкт-Петербург, ул. Сабиrowsкая, 37, лит. Д, офис 206.
Номер заказа 23081664.



President of Russian Endoscopic society Michael P. Korolev

EDITORIAL STAFF

Editor-in-Chief: Galina V. Belova

EDITORIAL BOARD

deputies editor-in-chief - heads of directions

Administrative issues:
Vladimir A. Duvansky, MoscowGastroenterology:
Pavel V. Pavlov, Moscow
Training in endoscopy:
Mikhail S. Burdyukov, Moscow
Children's endoscopy:
Tatiana A. Volert, St. PetersburgColoproctology:
Natalia V. Ageikina, MoscowOncology:
Sergey S. Pirogov, MoscowOperative endoscopy:
Irina Yu. Korzheva, MoscowBronchoscopy:
Drobiazgin Evgeny Alexandrovich, NovosibirskEUS:
Olga Aleksandrovna Malikhova, Moscow
Nursing in endoscopy:
Pinina Elena Yurievna, Moscow**EDITORIAL COUNCIL**Mikhail P. Korolev, St. Petersburg
Alexey S. Balalykin, Moscow
Alexander A Budzinsky, Moscow
Igor V. Vasiliev, St. Petersburg
Viktor V. Veselov, Moscow
Yuri I. Gallinger, Moscow
Elina A. Gojello, Moscow
Ekaterina V. Ivanova, Moscow
Marina A. Ivantsova, Yekaterinburg
Elena A. Kornienko, St. Petersburg
Alexey G. Korotkevich, Novokuznetsk
Igor V. Mayev, Moscow
Andrey M. Nechipay, Moscow
Pavel V. Pavlov, Moscow
Svetlana A. Palevskaya, Moscow
Elena V. Parfenchikova, Moscow
Boris K. Poddubny, Moscow
Evgeny G. Solonitsyn, Saint Petersburg
Yuri G. Starkov, Moscow
Alexander S. Trukhmanov, Moscow
Evgeny D. Fedorov, Moscow
Marina V. Khrustaleva, Moscow
Natalia E. Chernekhovskaya, Moscow
Pyotr L. Shcherbakov, Moscow
Peter K. Yablonsky, St. Petersburg**ASSOCIATED SOCIETIES AND COMMUNITIES**Surgical society named after N.I.Pirogov, endoscopic section
Russian association of nurses**ADDRESS OF THE EDITORIAL OFFICE**194295, Saint-Petersburg, post office box 35
Tel./fax. (812) 635-65-64, e-mail: red@rusendo.ru
Artwork, design Yuri I. Ryibalkin
Page-proof Inna V. RovneykoThe issue is registered by State Committee of Russian Federation of press Certificate № 018748 after 29.04.1999.
Complete or partial publishing of data, presented in this issue is possible only after written consent of the editorial staff.**CONTENS**

Editor's Column 3

ORIGINAL ARTICLESEndoscopic typing of adenomas of the large papilla of the duodenum 5
Starkov Yu. G., Vagapov A.I., Zamolodchikov R. D., Dzhantukhanova S. V.Prognostic significance of mucosal transformation factors in patients with Barrett's esophagus 11
Belova G. V.Middle lobe syndrome 25
Chernekhovskaya N. E., Korzheva I. Yu., Vychuzhanina N. V., Volova A. V.Features of the work of an endoscopic nurse in Russia and other countries 37
Pinina E. Yu., Pirogov S. S., Zarubina N. Yu., Vodoleev A. S., Karpova E. S., Kaprin A. D.**CLINICAL OBSERVATION**Possibilities of cholangioscopy in the diagnosis of primary sclerosing cholangitis 45
Kurdanova M. Yu., Malikhova O. A., Timofeev M. E., Imaraliev O. T.Intramural dissection of the esophagus is a rare complication of eosinophilic esophagitis in children 48
Kornienko E. A., K. Babaeva U. M., Pavelets N. K.**NURSING**Participation of nurses in the prevention of mental health disorders 60
Krasnyukov A. V.**ENDOSCOPY TRAINING**

The first Student Olympiad in Surgery and Endoscopy named after E. V. Lutsevich – an outstanding surgeon and scientist events 70

eventsCurrent issues 73
VI Eurasian Forum UralEndo
Ivantsova M. A.**ANNIVERSARY**

Mikhail Pavlovich Korolev 79

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Сообщаю Вам, что по решению Учредителя журнала «Клиническая эндоскопия» Мяукиной Л. М. и согласованию с Председателем Российского эндоскопического общества Королевым М. П. мне поручено организовать работу журнала на новом уровне и в новых условиях в качестве главного редактора.

Для меня большая честь участвовать в этом крайне необходимом, сложном и ответственном проекте.

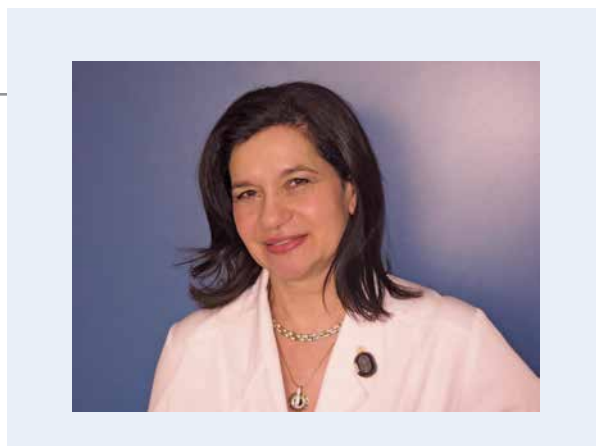
Журнал имеет давнюю и славную историю. Организованный А. В. Филиным и Л. М. Мяукиной в крайне сложные годы, он сохранил свой статус на протяжении 25 лет и до сих пор остается единственным полностью эндоскопическим журналом в Российской Федерации.

Материалы, публикуемые в журнале можно разделить на следующие направления:

- оригинальные статьи,
- клинические наблюдения,
- обучение эндоскопии,
- анонсы проводимых мероприятий и отчеты по ним.

Интересным и инновационным для периодического медицинского издания является интеграция публикаций, касающихся работы среднего медицинского персонала, в общую канву журнала, отражающую состояние эндоскопической службы страны.

Касаясь содержания этого номера журнала № 1 за 2023 год хочу отметить высокое научно-практическое значение передовой статьи профессора Старкова Ю. Г. и соавт. «Эндоскопическое типирование аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки». Представленный авторами метод позволяет дать точную топическую характеристику опухоли с учетом размера, роста и распространения



на стенки двенадцатиперстной кишки, терминальные отделы общего желчного и главного панкреатического протоков, что является крайне необходимым для выбора оптимального метода лечения. Разработанное авторами эндоскопическое типирование (эндоскопическая классификация) позволяет определить наиболее эффективный и безопасный метод оперативного вмешательства в каждом конкретном случае.

Интересна статья проф. Беловой Г. В. и соавт, касающаяся нового взгляда на уже «старую» проблему пищевода Барретта, сутью которой является понятие неоднозначности течения данного заболевания у различных пациентов в зависимости от гендерно-возрастных особенностей, наличия коморбидности и генетических нарушений.

Статья проф. Чернеховской Н. Е. и проф. Коржевой И. Ю. с соавт., которые являются Учителями практически всех ныне действующих эндоскопистов крайне значима для бронхологической части нашей аудитории. Предложенное авторами эндоскопическое внутрипросветное лечение синдрома средней доли позволяет оптимизировать лечение пациентов

с воспалительными и нагноительными заболеваниями легких.

Для практической эндоскопии важны публикуемые клинические наблюдения – те сложные случаи, с которыми справляются наши коллеги и опытом которых щедро делятся с нами.

Клинический случай, представленный проф. Малиховой О. А. с соавт позволяет оценить возможности эндоскопической системы SpyGlass в сложной диагностике генеза стриктур желчных протоков.

Коллектив авторов из Санкт-Петербурга под руководством проф. Корниенко Е. А. представил сложный случай в эндоскопической педиатрической практике, касающийся все чаще встречающейся патологии – эозинофильного эзофагита, когда сложный диагноз требует крайне прецизионного отношения к пациенту.

Программой для эндоскопического среднего персонала является статья Е. Ю. Пининой – председателя секции эндоскопических медицинских сестер Московского отделения (председатель – Калинина И. Г.) Российской Ассоциации медицинских сестер (Председатель Саркисова В. А.). Коллектив авторов в содружестве с профессорами С. С. Пироговым и А. С. Водолеевым и под руководством А. Д. Каприна – академика РАН, Генерального директора ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, директора МНИОИ им. П. А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России проанализировали и представили нашему вниманию особенности работы эндоскопического среднего медицинского персонала, как в Российской Федерации, так и за рубежом. Статья демонстрирует высокий профессионализм, понимание и владение процессами в эндоскопии.

Еще одно интересное направление отражено в работе Красюкова А. В. и касается участия медицинских сестер в профилактике нарушений психического здоровья у пациентов соматических МО. Автор напоминает о высшем сестринском образовании, его многогранности, обучении владению широким спектром обязанностей и за счет этого возможности включения среднего медперсонала в национальную систему профилактики и лечения па-

циентов с проблемами в области психического здоровья, что без существенных финансовых затрат, может способствовать достижению поставленной цели.

Именно образованию в эндоскопии посвящены 2 информационных сообщения о прошедшем на высоком профессиональном уровне VI Евразийском форуме УралЭндо и совершенно новой инициативе МГМСУ им. А. И. Евдокимова, где в 2022 году был организован студенческий научный кружок Оперативной хирургии и топографической анатомии и Оперативной эндоскопии – объединение, созданное по инициативе студентов и профессорско-преподавательского состава Университета, объединившихся для более углубленного изучения основ хирургии и эндоскопии во вне учебное время.

Желаю приятного чтения!

И пользуясь случаем, хочу поздравить Михаила Павловича Королева – Председателя Российского эндоскопического общества с Юбилеем.

Вклад, который он внес в развитие современной отечественной эндоскопии трудно переоценить. Именно с ним наше общество получило новое развитие, появились новые направления, новые формы так важного для эндоскопистов очного и заочного обучения и общения, когда обмен опытом в формальной и неформальной обстановке несет значимый потенциал в дальнейшей клинической эндоскопической практике во всех регионах Российской Федерации.

Дорогой Михаил Павлович!

Коллектив редколлегии и редакционного совета журнала «Клиническая эндоскопия» искренне поздравляет Вас с юбилеем! Хотим пожелать Вам исполнения всех желаний, счастья, здоровья и новых успехов во всех Ваших делах и начинаниях.

С уважением и благодарностью,

Галина Белова,

д.м.н., зав. эндоскопическим отделением ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России, профессор кафедры пропедевтики и гастроэнтерологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ТИПИРОВАНИЕ АДЕНОМ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

МОСКВА

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

ENDOSCOPIC TYPING OF ADENOMAS OF THE LARGE PAPILLA OF THE DUODENUM

Starkov Yu. G., Vagapov A. I., Zamolodchikov R. D., Dzhantukhanova S. V.
Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery, Russian Federation

РЕФЕРАТ

Аденомы большого сосочка двенадцатиперстной кишки представляют собой доброкачественные новообразования, с высоким риском малигнизации, в связи с чем они подлежат удалению. В настоящее время в лечении больных с аденомами большого сосочка двенадцатиперстной кишки применяются как хирургические, так и различные внутрисветовые эндоскопические вмешательства. Для выбора оптимального метода лечения необходимо эндоскопическое типирование аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки, предусматривающее точную топическую характеристику опухоли с учетом размера, роста и распространения на стенки двенадцатиперстной кишки, терминальные отделы общего желчного и главного панкреатического протоков. Разработанное нами эндоскопическое типирование аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки (эндоскопическая классификация) позволяет определить наиболее эффективный и безопасный метод оперативного вмешательства при каждом типе новообразований.

Ключевые слова: аденома БСДК, папилэктомия, опухоли БСДК, эндоскопическое типирование, эндоскопические вмешательства, эндоскопическая классификация аденом.

ABSTRACT

Adenomas of the major duodenal papilla are benign neoplasms, but due to their high tendency to malignancy, they must be removed. Currently, in the treatment of patients with adenomas of the major duodenal papilla, both surgical and various intraluminal endoscopic interventions are used. To select the optimal method of treatment, it is necessary to type adenomas of the major duodenal papilla, which provides for an accurate topical description of the tumor, taking into account the size, growth and spread to the walls of the duodenum, the terminal sections of the common bile duct and the main pancreatic duct.

The endoscopic typing developed by us for adenomas of the major duodenal papilla (endoscopic classification) allows us to determine the most effective and safe method of surgical intervention for each type of neoplasm.

Key words: adenoma of the Vater papilla, papillectomy, tumors of the Vater papilla, endoscopic typing, endoscopic interventions, endoscopic classification of adenomas.

ВВЕДЕНИЕ

Возросшее в последние годы число эндоскопических скрининговых обследований привело к повышению частоты встречаемости аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки

(БСДК) в клинической практике [1-3]. Согласно мнению большинства авторов аденомы БСДК подлежат удалению из-за высокой вероятности злокачественной трансформации вне за-

висимости от наличия клинических проявлений [3, 4, 5].

К радикальным высокотравматичным хирургическим методам лечения при опухолях БСДК относятся панкреатодуоденальная резекция и трансдуоденальная папиллэктомия. Послеоперационная летальность при данных операциях достигает 8-10%, а частота осложнений составляет от 25 до 45% [6, 7].

С развитием современной оперативной эндоскопии подходы к лечению новообразований БСДК претерпели изменения в сторону большего использования минимально инвазивных эндоскопических методик [8, 9].

Спектр внутрисветных операций при аденомах БСДК представлен папиллэктомией, резекцией БСДК (при необходимости с резекцией слизистой ДПК), радиочастотной или высокочастотной электрохирургической абляцией, а также аргоноплазменной деструкцией. В то же время, эндоскопическое удаление новообразований БСДК продолжает оставаться сложной проблемой в связи с отсутствием стандартных критериев, позволяющих определять оптимальный характер оперативного вмешательства.

В НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского накоплен крупный опыт лечения и наблюдения пациентов с аденомами БСДК за более чем 20-летний период. На основании опыта эндоскопической диагностики и лечения аденом БСДК нами разработано эндоскопическое типирование новообразований БСДК, которое позволяет определить выбор оптимального способа оперативного вмешательства. Данная классификация предусматривает точную топическую характеристику опухоли с учетом размера, роста новообразования в пределах БСДК и за его пределами, степень распространения на стенки ДПК, терминальные отделы общего желчного (ОЖП) и главного панкреатического протоков (ГПП) [10].

Разработанное нами эндоскопическое типирование аденом БСДК кроме стандартных методов лучевой диагностики, таких как КТ и МРТ, основывается на данных дуоденоскопии и эндосонографии, в ходе которых оцениваются экстрапапиллярный и интрадуктальный компоненты опухоли. Основным посылом нашего типирования аденом БСДК является четкое определение показаний к выполнению того или иного эндоскопического вмешательства

и определение границ применения эндоскопического и хирургического методов удаления опухоли.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2000 по 2022 гг. в хирургическом эндоскопическом отделении НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского прошли обследование и лечение 104 пациента с новообразованиями БСДК. Всем пациентам в ходе обследования выполнялись КТ, МРТ и дуоденоскопия с биопсией новообразований. Основным методом диагностики в предоперационном периоде была эндосонография области БСДК, выполнявшаяся с целью оценки вовлечения в опухолевый процесс терминальных отделов ОЖП и ГПП, а также глубины инвазии в стенку ДПК. Пациенты с признаками инфильтративного роста с вовлечением мышечной стенки ДПК, а также пациенты с морфологически подтвержденной аденокарциномой направлены на хирургическое лечение.

Всего выполнено 89 эндоскопических операций. В 81 наблюдении по данным гистологического исследования подтверждена аденома БСДК, в 8 наблюдениях в ходе морфологического исследования удаленного препарата выявлена аденокарцинома, в связи с чем, данные пациенты были направлены на резекционные вмешательства (панкреатодуоденальная резекция, трансдуоденальная папиллэктомия). Еще 15 пациентов находятся под динамическим наблюдением в виду малых размеров аденомы БСДК и наличия отягощенных сопутствующих заболеваний.

У 48 оперированных пациентов аденомы находились в пределах БСДК, без распространения на стенки ДПК. В данных наблюдениях новообразования удалены методом резекции БСДК: 35 – единым блоком, 13 – пофрагментно. Еще в 22 наблюдениях отмечено латеральное распространение аденомы на стенки ДПК, в результате чего в данных случаях резекция БСДК была дополнена петлевой резекцией слизистой ДПК. В 11 наблюдениях по данным эндосонографии выявлено внутрисветочное распространение аденомы. Из них в 9 наблюдениях эндоскопическая папиллэктомия дополнена высокочастотной электрохирургической абляцией внутрисветочного компонента аденомы. В 2 случаях протяженного распространения опухоли (более 10 мм) применена методика внутрисветочной радиочастотной абляции (РЧА).



Рис. 1. Новообразование I типа: опухоль с экстрапапиллярным ростом в пределах БСДК, без признаков распространения на стенку ДПК и терминальные отделы ОЖП и ГПП. А – новообразование I типа (схема); Б – эндоскопическое изображение; В – эндосонографическое изображение.

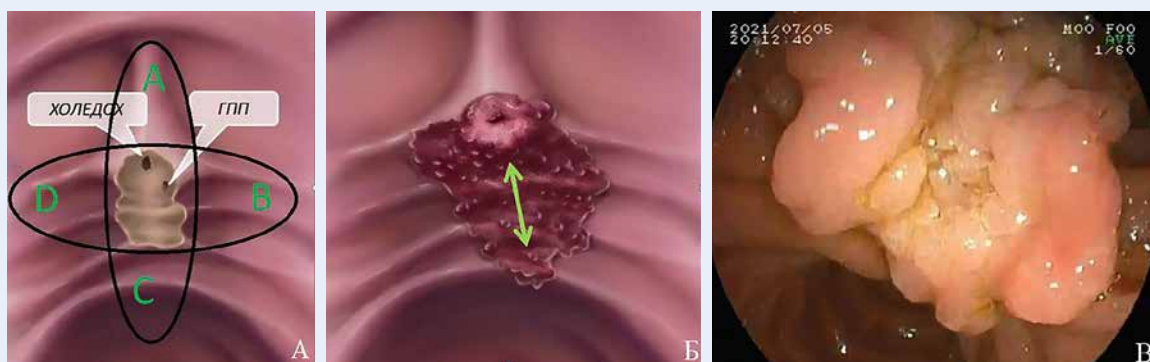


Рис. 2. Новообразование II типа: экстрапапиллярная опухоль с распространением на стенку ДПК. А – направления распространения, SP – проксимальнее БСДК, R – вправо от БСДК, IP – дистальнее БСДК, L – влево от БСДК; Б – новообразования IIS типа (схема); В – эндоскопическое изображение.

Всем пациентам в ходе вмешательства выполнена попытка стенирования ГПП с целью профилактики постманипуляционного панкреатита, которая оказалась успешной в 91% случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании анализа данных эндоскопической визуализации, предоперационного и интраоперационного эндосонографического исследования, а также данных гистологического исследования биопсийного материала нами разработано эндоскопическое типирование аденом БСДК [10]. Данное типирование классифицирует каждый клинический случай благодаря детальной оценке степени распространенности опухоли, что позволяет проводить стандартизацию выбора оптимального метода оперативного вмешательства в зависимости от топографо-анатомических отношений и характера роста новообразования.

В данной классификации нами выделено 4 типа аденом БСДК в зависимости от их размеров, характера роста в пределах БСДК, а также в зависимости от распространения на стенки ДПК и терминальные отделы ОЖП и ГПП.

I тип EP (ExtraPapillary): опухоль с экстрапапиллярным ростом (рис.1). Новообразование данного типа локализуется в пределах БСДК, без признаков распространения на ДПК и терминальные отделы ОЖП и ГПП. Выбор оперативного вмешательства при таком типе зависит от размеров аденомы. Наиболее эффективным эндоскопическим вмешательством при размерах аденомы менее 3 см является удаление опухоли методом резекции БСДК единым блоком. В случае если размер новообразования превышает 3 см, его целесообразно удалять методом «piece-meal» БСДК с целью снижения частоты возможных осложнений.

II тип EP+D (ExtraPapillary + Duodenum): опухоль с экстрапапиллярным ростом и рас-

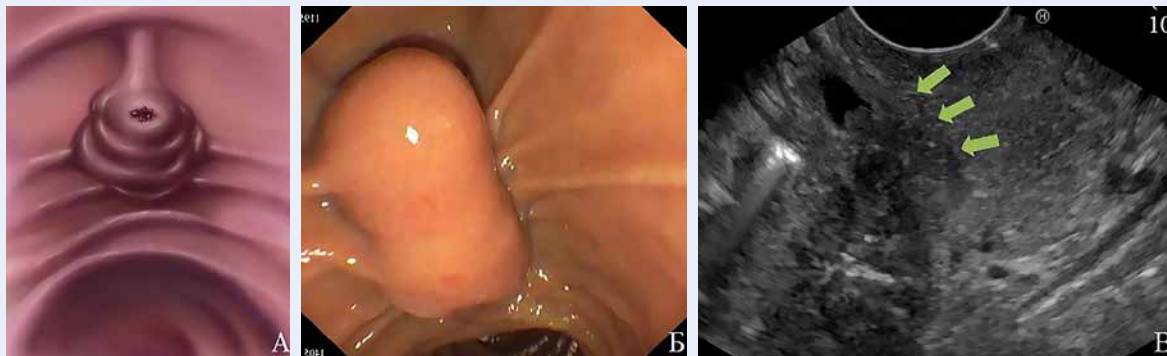


Рис. 3. Новообразование III типа: интрадуктальная опухоль с распространением на ампулу БСДК или терминальные отделы ОЖП и ГПП. А – новообразование III типа (схема); Б – эндоскопическое изображение; В – эндосонографическое изображение.

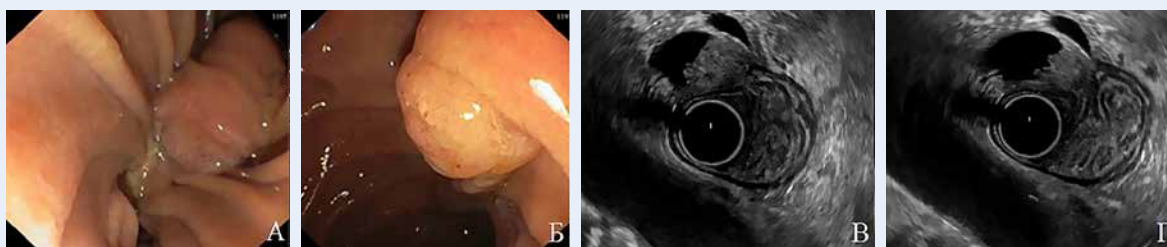


Рис. 4. Новообразование IV типа: опухоль со смешанным экстрапапиллярным и интрадуктальным ростом. А, Б – эндоскопические изображения; В, Г – эндосонографические изображения.

пространением по стенкам ДПК (рис.2). В зависимости от направления распространения аденомы на стенки ДПК по отношению к БСДК выделяются 4 подтипа II типа: SP (SupraPapillary) – супрапапиллярное распространение проксимально от БСДК, IP (InfraPapillary) – инфрапапиллярное распространение дистально от БСДК, LPR (LateroPapillary Right) – латеропапиллярное распространение вправо от БСДК, LPL (LateroPapillary Left) – латеропапиллярное распространение влево от БСДК. Также выделяются 2 дополнительных подтипа: PD (peri/paraPapillary Diverticulum) – когда имеет место распространение аденомы на стенки пара- или перипапиллярного дивертикула, и IM (Invasion Muscle) – когда отмечается инвазия новообразованием мышечной стенки ДПК.

При новообразованиях II типа оптимальным эндоскопическим вмешательством является удаление опухоли методом резекции БСДК с резекцией слизистой ДПК единым блоком. В случае, когда размер опухоли превышает 2 см, а протяженность латерально стеляще-

гося компонента более 0,5 см, резекцию БСДК и резекцию слизистой ДПК следует проводить пофрагментно с целью снижения частоты осложнений. Отметим, что наличие признаков инвазии мышечной стенки ДПК выявленной при эндосонографии или интраоперационно является жестким ограничением для эндоскопических методов лечения поскольку является признаком злокачественного роста опухоли.

III тип ID (IntraDuctal): опухоль с внутрипротоковым распространением (рис.3). В зависимости от характера вовлечения в опухолевый процесс протоковых структур аденомы III типа разделяются на 4 подтипа: IA (IntraAmpular) – аденома локализуется в пределах БСДК и представлена интраампулярным компонентом, CBD (Common Bile Duct) – опухоль распространяется на терминальный отдел ОЖП, MPD (Main Pancreatic Duct) – распространение опухоли на терминальный отдел ГПП, и подтип CBD+MPD – когда имеет место вовлечение обоих протоков.

Для удаления аденом III типа могут быть выбраны как эндоскопические, так и хирургиче-

ские методики. Оптимальным методом лечения новообразований IA подтипа является эндоскопическая папилэктомия. При аденомах CBD и MPD подтипов с распространением опухоли на протоки не более 10 мм выполняется эндоскопическая папилэктомия с предварительной ЭПСТ, иссечение внутрипротокового компонента опухоли и последующей абляцией резидуальной внутрипротоковой части опухоли. Внутрипротоковое распространение аденомы более 10 мм, при истинном распространении по стенкам протоков, эндоскопическая операция не целесообразна ввиду высокой частоты рецидивирования аденомы и следует рассмотреть вариант хирургического вмешательства.

IV тип EP+ID (ExtraPapillary + IntraDuctal): опухоль со смешанным экстрапапиллярным и интрадуктальным ростом (рис.4). Новообразования данного типа характеризуются экстрапапиллярным ростом (с или без распространения на стенки ДПК) и распространением на ампулу БСДК или терминальные отделы протоков и в целом представляют собой комбинацию I и III типов, или II и III типов. Удаление смешанных опухолей IV типа возможно как эндоскопическими, так и хирургическими методами. При выполнении эндоскопических вмешательств в зависимости от размеров новообразования, распространения на стенки ДПК и терминальные отделы протоков возможно применение как пофрагментной резекции БСДК, так и папилэктомии единым блоком, при необходимости дополненных ЭПСТ и внутропротоковой абляцией. В случаях внутрипротоковой инвазии более 10 мм эффективность выполнения эндоскопических операций требует изучения и оценки в отдаленном периоде.

Также в настоящий момент появилась совершенно новая методика внутрипротоковой РЧА при протяженном распространении опухоли на протоки, однако данная методика нуждается в изучении ближайших и отдаленных результатов для оценки эффективности этого метода [11, 12, 13].

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно данным современных исследований анатомо-физиологические особенности зоны большого сосочка двенадцатиперстной кишки являются предрасполагающим фактором к образованию различных опухолей, в том числе аденом. Основной причиной склонно-

сти к пролиферативным процессам является непосредственный контакт различных типов эпителия в зоне слияния терминальных отделов ОЖП и ГПП при впадении их в двенадцатиперстную кишку [1].

В связи с высоким риском малигнизации (7,7% наблюдений в нашем опыте), все аденомы БСДК вне зависимости от гистопатологического строения подлежат удалению. До настоящего времени отсутствие эндоскопической классификации новообразований БСДК не позволяло четко определить стандартизованные критерии выбора в пользу того или иного вида эндоскопического, а также хирургического методов вмешательства. Основной проблемой выбора вида операции при аденомах БСДК является трудность определения границ новообразования, что лимитирует применение эндоскопических методик. Результатом такого неизбирательного подхода стал относительно высокий уровень осложнений при выполнении эндоскопического удаления, таких как постманипуляционный панкреатит (панкреонекроз), кровотечение и перфорация ДПК, а также сочетание этих осложнений. Тем не менее, согласно данным недавних публикаций, именно эндоскопические операции признаны оптимальными методами лечения больных с новообразованиями БСДК за счет своей минимальной инвазивности, несмотря на высокий риск осложнений и рецидивов [9].

Опыт применения разработанного нами эндоскопического типирования аденом БСДК показывает практическую значимость данной классификации. Основным преимуществом данного типирования является возможность выбора на дооперационном этапе индивидуально для каждого пациента оптимального объема и характера оперативного вмешательства в зависимости от типа роста новообразования. Данный подход позволит специалистам четко определять тактику ведения пациентов с опухолями БСДК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенное нами эндоскопическое типирование (классификация) аденом БСДК позволило на основании данных предоперационного эндоскопического обследования пациентов не только выбирать оптимальный объем эндоскопического вмешательства, но также провести максимально экономную резекцию в пределах здоровых тканей с минимизацией риска послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Panzeri F, Crippa S, Castelli P, Aleotti F, Pucci A, Partelli S, Zamboni G, Falconi M. Management of ampullary neoplasms: A tailored approach between endoscopy and surgery. *World J Gastroenterol.* 2015;21(26):7970-7987. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i26.7970>.
2. S Bohnacker, U Seitz, D Nguyen, F Thonke, S Seewald, A deWeerth, et al. Endoscopic resection of benign tumors of the duodenal papilla without and with intraductal growth. *Gastrointestinal Endoscopy*, 62 (2005), pp. 551-560. <http://doi.org/10.1016/j.gie.2005.04.053>.
3. Ardengh JC, Kemp R, Lima-Filho ER, Dos Santos JS. Endoscopic papillectomy: The limits of the indication, technique and results. *World J Gastrointestinal Endoscopy.* 2015 Aug 10;7(10):987-94. PubMed PMID: 26265992. Pubmed Central PMCID: PMC4530332. Epub 2015/08/13. eng. <http://doi.org/10.4253/wjge.v7.i10.987>.
4. Hyun J. J., Lee T. H., Park J. S., Han J. H., Jeong S., Park S. M., Lee H. S., Moon J. H., Park S. H. A prospective multicenter study of submucosal injection to improve endoscopic snare papillectomy for ampullary adenoma. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2017; 85 (4): 746-755. <http://doi.org/10.1016/j.gie.2016.08.013>.
5. De Palma GD, Luglio G, Maione F, Esposito D, Siciliano S, Gennarelli N, Cassese G, Persico M, Forestieri P. Endoscopic snare papillectomy: A single institutional experience of a standardized technique. A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery.* 2015; 13:180-183. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.11.045>.
6. Bassi C, Marchegiani G, Giuliani T, Di Gioia A, Andrianello S, Zingaretti CC, Brentegani G, De Pastena M, Fontana M, Pea A, Paiella S, Malleo G, Tuveri M, Landoni L, Esposito A, Casetti L, Butturini G, Falconi M, Salvia R. Pancreatoduodenectomy at the Verona Pancreas Institute: The Evolution of Indications, Surgical Techniques, and Outcomes: A Retrospective Analysis of 3000 Consecutive Cases. *Ann Surg.* 2022 Dec 1;276(6):1029-1038. doi: 10.1097/SLA.0000000000004753.
7. Laleman W, Verreth A, Topal B, Aerts R, Komuta M, Roskams T, Van der Merwe S, Cassiman D, Nevens F, Verslype C, Van Steenberghe W. Endoscopic resection of ampullary lesions: a single-center 8-year retrospective cohort study of 91 patients with long-term follow-up. *Surg Endosc.* 2013 Oct;27(10):3865-76. doi: 10.1007/s00464-013-2996-2.
8. Недолужко И. Ю.*, Хон Е. И., Шишин К. В. Эндоскопическое удаление новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ*, 24 № 1 (2019), стр. 36-42. [Nedoluzhko I. Yu. *, Khon E. I., Shishin K. V. Endoscopic papillectomy for tumors of the major duodenal papilla. *ANNALS OF HPB SURGERY.* 24 № 1 (2019): 36-42. (In Russ.).] <http://doi.org/10.16931/1995-5464.2019136-42>.
9. Недолужко И. Ю., Хон Е. И., Шишин К. В., Шумкина Л. В., Курушкина Н. А. Возможности внутрипросветной эндоскопической хирургии в лечении доброкачественных новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Доказательная гастроэнтерология.* 2021;10(4):67-74. [Nedoluzhko IYu, Khon EI, Shishin KV, Shumkina LV, Kurushkina NA. Endoscopic treatment of benign ampullary tumors. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology.* 2021;10(4):6774. (In Russ.).] <https://doi.org/10.17116/dokgastro20211004167>.
10. Ю. Г. Старков, С. В. Джантуханова, Р. Д. Замолодчиков, А. И. Вагапов. Эндоскопическая классификация новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Поволжский онкологический вестник – Том 13, № 4, 2022. С. 25-30* [Yu.G. Starkov, S. V. Dzhantukhanova, R. D. Zamolodchikov, A. I. Vagapov. ENDOSCOPIC CLASSIFICATION OF NEOPLASMS OF THE MAJOR DUODENAL PAPILLA. *ONCOLOGY BULLETIN OF THE VOLGA REGION.* Vol. 13, no. 4. 2022. (In Russ.)] <https://doi.org/10.32000/2078-1466-2022-4-25-30>.
11. Rustagi T, Irani S, Reddy DN, et al. Radiofrequency ablation for intraductal extension of ampullary neoplasms. *Gastrointest Endosc.* 2017; 86:170-176. doi: 10.1016/j.gie.2016.11.002.
12. Mensah ET, Martin J, Topazian M. Radiofrequency ablation for biliary malignancies. *Curr Opin Gastroenterol.* 2016 May;32(3):238-43. doi: 10.1097/MOG.0000000000000258.
13. Rustagi T, Jamidar PA. Intraductal radiofrequency ablation for management of malignant biliary obstruction. *Dig Dis Sci.* 2014 Nov;59(11):2635-41. doi: 10.1007/s10620-014-3237-9. Epub 2014 Jun 7. PMID: 24906696.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ ТРАНСФОРМАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА

МОСКВА

Белова Г. В., Уткина О. С.

ФГБУ « Центр мозга и нейротехнологий» ФМБА,
 Многопрофильный медицинский центр Банка России, Москва.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

ПБ – приобретенное патологическое состояние, развивающееся в результате замещения разрушенного многослойного плоского эпителия нижней части пищевода цилиндроклеточным, в состав которого входят бокаловидные клетки и которое возникает как результат повторного действия повреждающих факторов на слизистую оболочку пищевода [1,2,3].

Доказано, что ПБ – динамическое состояние, регресс и прогрессирование заболевания возможны у одного и того же пациента на фоне длительного срока наблюдения [4].

Несмотря на большое число публикаций, остается неясным, является ли наличие кишечной метаплазии без дисплазии заслуживающим внимания фактом или только наличие дисплазии позволяет считать ПБ значимой патологией в плане канцерогенеза.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать алгоритм ведения пациентов с установленным диагнозом пищевод Барретта до появления тяжелых диспластических изменений слизистой оболочки пищевода в зависимости от выявления факторов трансформации эпителия, для предотвращения развития онкопроцесса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа проводилась на базе ММЦ БР города Москвы в период с 2013 по 2023 год. Исследование проводилось как ретроспективно, так и проспективно.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена поэтапно в соответствии с разработанным дизайном исследования (Рис. 1).

На I этапе был проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт всех пациентов с морфологически подтвержденным диагнозом ПБ, находящихся на лечении и динамическом наблюдении в ММЦ БР на момент начала исследования.

Для исследования были отобраны пациенты согласно следующим критериям.

Критерии включения в исследование

1. Пациенты с эндоскопическими критериями подъема сегмента зубчатой линии дистальной части пищевода.
2. Пациенты с морфологически подтвержденной цилиндроклеточной метаплазией (кардиальный эпителий, кишечная метаплазия с /без дисплазии) эпителия в сегменте ПБ.

Критерии не включения в исследование:

1. Пациенты с тяжелой коагулопатией.
2. Пациенты, постоянно принимающие антикоагулянты, при невозможности их отмены по жизненным показаниям.
3. Открепление от медицинского обслуживания в МО.



Рис. 1. Схема. Дизайн исследования

4. Тяжелое состояние пациента, не позволяющее перенести эндоскопическое исследование.
5. Беременность.

Диагноз ПБ ранее был установлен на основании эндоскопической картины (в соответствии с Пражскими критериями) и данных морфологического исследования биопсийного материала. В результате анализа было отобрано **122** пациента, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении, а также динамическом наблюдении в Многопрофильном медицинском центре Банка России с установленным диагнозом ПБ.

По результатам гистологического заключения пациенты были разделены на группы (Табл. 1):

Табл. 1. Распределение пациентов по группам исследования

Морфологические типы ПБ-группы исследования	Число
Кардиальная метаплазия	13
Тонкокишечная метаплазия – группа I	35
Тонкокишечная метаплазия + дисплазия низкой степени – группа Ia	8
Толстокишечная метаплазия – группа II	44
Толстокишечная метаплазия + дисплазия низкой степени – группа IIa	22
Всего:	122

Что касается особенностей исследования, то:

- в контрольную группу были отнесены только пациенты с кислотопродуцирующим кардиальным эпителием, не имеющим неопластического потенциала;
- в данном исследовании была выявлена только дисплазия низкой степени;
- при наличии смешанных форм морфологический диагноз был выставлен по преимущественному количеству типа клеток в препарате.

Среди пациентов было 63 (51,6%) мужчины и 59 (48,4%) женщин. Возрастной диапазон больных колебался от 23 до 90 лет, средний возраст составил $54,9 \pm 12,61$.

По времени наблюдения пациенты были распределены следующим образом (Табл. 2).

Табл. 2. Распределение пациентов по времени наблюдения

Годы наблюдения	Число пациентов%
1 год	6 (4,9%)
2 года	8 (6,55%)
3 года	8 (6,55%)
4 года	20 (16,4%)
5 лет	80 (65,6%)
Всего:	122 (100%)

Таким образом длительность наблюдения свидетельствует о достоверности приведенных данных.

В процессе исследования проводился **проспективный анализ** показателей у пациентов с установленным диагнозом ПБ.

Проспективный анализ включал:

1. Клинико-лабораторный анализ:
 - клинические данные;
 - данные лабораторного исследования;
 - консультации специалистов: терапевта, эндокринолога, гастроэнтеролога, онколога, хирурга, отоларинголога, дерматолога;
 - определение наличия коморбидной патологии: МС, онкопатологии другой локализации, дерматопатологии.
2. Данные эндоскопического исследования в динамике.
3. Данные морфологического исследования биопсийного материала.

Сроки динамического наблюдения приведены ниже (Табл. 3).

Табл. 3. Сроки динамического наблюдения в исследуемых группах пациентов

Группы	Сроки динамического наблюдения
Кардиальная метаплазия	через 2 года
I и II группы	через 1 год
Ia и IIa группы	через 1, 3 и 6 месяцев (в дальнейшем через 1 год)

На II этапе был проведен сравнительный анализ в исследуемых группах пациентов.

С этой целью была разработана карта анализа данных, которая включала следующие пункты (Табл. 4):

Табл. 4. Карта анализа данных пациентов в исследуемых группах

№ п/п	Показатель
	Возрастной диапазон и гендерное распределение
	Клинические данные
	Данные эндоскопического исследования с морфологическим исследованием биопсийного материала
	Данные генетического исследования
	Наличие коморбидной патологии

На III этапе работы был проведен анализ результатов лечения в исследуемых группах пациентов с ПБ.

ПБ – это морфологический диагноз, поэтому забору биопсийного материала и доставке в лабораторию уделялось особое внимание.

По общепринятой методике производилась фиксация тонких срезов фрагментов на стекле.

Гистологические стекла окрашивались: гематоксилин – 2% эозин, альциановый синий pH 2,5, ШИК-реакция. Осмотр производился с увеличением x5; x10; x20; x300.

Для демонстрации кислых мукополисахаридов, что является основополагающим в интерпретации морфологического результата между тонко- и толстокишечной метаплазией, использовали готовый набор реактивов альцианового синего pH 2,5 (алциановый синий pH 2,5 по Моури, раствор тетрабората натрия и кармалюм Майера). Именно данные морфологического исследования являлись основопола-

гающими в определении типа метаплазии ПБ, определении группы исследования пациента, оценке результатов лечения – Рис. 2 а, б, в.

Иммуногистохимическая диагностика

С целью детализации морфологического диагноза и выявления факторов трансформации – предикторов канцерогенеза в исследуемых группах пациентов с ПБ были проведены иммуногистохимические исследования биопсийного материала: мутации генов P53, P63 и изменений маркера ядерной пролиферации Ki-67.

С этой целью были использованы реактивы, содержащие меченные антитела.

Антитело – белок, который связывается в тканях с антигенами, благодаря чему происходит видимая глазом реакция окрашивания. Если же антигенов нет, то реакция считается отрицательной. Для проведения метода исследования были использованы специальные иммуногистохимические стекла, по 3 на каждый парафиновый блок.

Фиксация материала из блока и заключение его на стекло проводилось аналогично стандартному морфологическому исследованию, стекла окрашивались гематоксилином – 2% эозином, а затем антителами P53, P63, Ki-67 и проявлялись реакциями хромогена.

Ki-67 – оценивался в процентах по отношению к метаплазированному эпителию, что позволило стандартизировать и объективно оценить результаты его исследования. Были использованы следующие критерии оценки:

1. < 10% – низкий уровень;
2. 10-20% – пограничный уровень;
3. > 20% – высокий.

P53 – ген, регулирующий клеточный цикл, не позволяет деление поврежденной клетке.

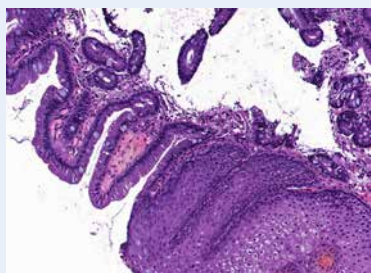


Рис. 2а. Пациент Б. Тонкокишечная метаплазия сегмента ПБ

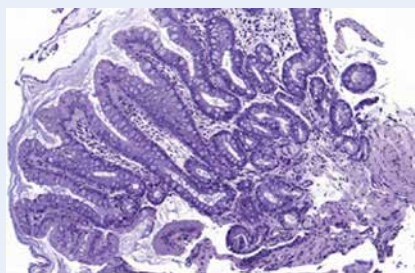


Рис. 2б. Пациент В. Толстокишечная метаплазия сегмента ПБ

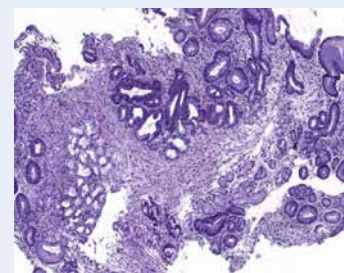


Рис. 2в. Пациент Е. Толстокишечная метаплазия с дисплазией низкой степени сегмента ПБ

Короткий период полужизни P53 делает его иммуногистохимическое обнаружение невозможным, но дефектный белок, его производное, может быть обнаружен. По данному событию можно судить о выраженности мутаций в биопсийном материале из определенного участка сегмента ПБ. Данный параметр оценивали в двоичной системе «есть экспрессия» (1) / «нет экспрессии» (0).

В работе был впервые изучен белок гена P63, ответственный за дифференцировку клеток. Данный параметр также оценивали в двоичной системе «есть экспрессия» (1) / «нет экспрессии» (0).

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение и динамическое наблюдение пациентов ПБ проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями Российской гастроэнтерологической Ассоциации [5].

Критериями выбора метода лечения были: результаты эндоскопического исследования, морфологического исследования биопсийного материала, включая иммуногистохимическое исследование, а также клинико-лабораторные данные.

Консервативная терапия

Консервативная терапия проводилась всем пациентам с ПБ строго по рекомендациям врачей-гастроэнтерологов и врачей-специалистов в зависимости от наличия коморбидной патологии.

Консервативная терапия ГЭРБ включала:

- антисекреторные препараты: ингибиторы протонной помпы (препаратами выбора являлись рабепразол или эзомепразол), а также H₂-блокаторы при наличии симптомов ночного «кислотного прорыва»;
- препараты урсодезоксихолевой кислоты при наличии дуоденогастроэзофагеального рефлюкса;
- прокинетики;
- цитопротекторы (малокс, гастал, альмагель, фосфолюгель).

Особое место в лечении занимал препарат Ребагит – препарат нового поколения. Действующее вещество ребамипид повышает содержание простагландина E₂ (PGE₂) в слизистой желудка и PGE₂ и GI₂ в содержимом желудочного сока, за счет чего оказывает цитопротек-

торное действие на слизистую желудка. Простагландины способствуют активации энзимов, ускоряющих биосинтез высокомолекулярных гликопротеинов, повышают содержание слизи на поверхности стенки желудка, способствует улучшению кровоснабжения слизистой желудка, активизируют ее барьерную функцию, активизирует щелочную секрецию желудка, усиливает пролиферацию и обмен эпителиальных клеток желудка, очищает слизистую от гидроксильных радикалов и подавляют супероксиды, продуцируемые полиморфноядерными лейкоцитами и нейтрофилами в присутствии *Helicobacter pylori* (Hр). Назначение препарата было обусловлено наличием у 100% пациентов повреждения слизистой желудка.

Антихеликобактерная терапию (АГБТ) при наличии у пациентов гастрита, ассоциированного с Hр. Терапия проводилась в соответствии с оптимизированными эрадикационными протоколами: рекомендации Американской коллегии гастроэнтерологов, Маастрихт V/ Флорентийского и Торонтского консенсусов. Схемы первой, второй и третьей линии подбирались индивидуально, с учетом результатов анализа на антибиотикорезистентность.

Терапия МС проводилась специалистами, с учетом клиники и значений показателей биохимического анализа крови. Лечение включало коррекцию абдоминального ожирения и фармакотерапию.

Коррекция массы тела – основа профилактики и лечения метаболического синдрома, предупреждение развития сахарного диабета 2 типа, гипертонической болезни, нарушений работы органов пищеварения, развития инсулин-резистентности, нарушений липидного обмена [6,7,8] -имела основополагающее значение и основывалась на формировании нового пищевого поведения и физической нагрузке.

С этой целью использовались специальные низкокалорийные диеты с уменьшением потребления насыщенных жиров, увеличением сложных углеводов в сочетании с клетчаткой [7,8,9].

Физическая нагрузка назначалась врачами по лечебной физкультуре, с учетом противопоказаний и, согласно данным Американской диабетической ассоциации, включала постепенное достижение ≥ 150 минут физической активности в неделю, аэробные упражнения средней интенсивности (50-70% от максимальной

ной частоты сердечных сокращений) ≥ 3 раз в неделю (не более 2 дней подряд без упражнений), силовые тренировки ≥ 2 раз в неделю, сокращение времени сидячего образа жизни (< 90 минут).

Фармакотерапия МС проводилась врачом эндокринологом, была направлена на повышение восприимчивости тканей к инсулину, нормализацию обменных процессов и уменьшение уровня сахара в крови и включала:

- гипополипидемические препараты (статины – Розувастатин 5-10 мг 1 раз в день и фибраты- Фенофибрат по 2 капсулы 2 раза в день);
- препараты для снижения инсулинорезистентности – метформин дозировка в зависимости от уровня глюкозы;
- препараты, повышающие чувствительность к инсулину – сиофор, глюкофаж по 500-850 мг 2-3 раза в день во время приема пищи, витамины;
- препараты, нормализующие обмен веществ и артериальное давление: ингибиторы ангиотензин превращающего фермента – каптоприл от 25 мг в сутки, эналаприл 0,01 г в день;
- антагонисты кальция – фелодипин 5 мг в сутки;
- ингибиторы всасывания жира – ксеникал по 120 мг в сутки во время приема пищи, орлистат по 120 мг 3 раза в день [9, 10].

Эндоскопическое внутрипросветное лечение

Учитывая морфологические особенности исследуемых групп пациентов с ПБ эндоскопическое внутрипросветное лечение проводилось только в группах Ia и IIa при наличии дисплазии низкой степени, некупирующейся в результате консервативного лечения в течение 1 месяца. Методом выбора являлась АПК.

Алгоритм ведения пациентов отражен в виде блок-схемы на Рисунке 3 и полностью соответствует заявленному дизайну исследования.

В работе было применено значимое количество методов диагностики и лечения, результаты которого дают в свою очередь большое число параметров, которые рассматриваются в динамике. В связи с этим необходимым является наличие инструмента для дальнейшей оценки проведенного лечения, анализа удач и неудач проведенной работы. Для сравнения результатов лечения групп пациентов с ПБ была применена разработанная в кли-



Рис. 3. Блок-схема. Алгоритм ведения пациентов с ПБ

нике шкала достижения целей (ШДЦ), которая предлагает схему оценки результатов проведенного лечения в исследуемых группах пациентов. Для этого были определены наиболее значимые показатели для исследуемой патологии и ожидаемые результаты. Впервые ШДЦ была предложена Киресюком и Шерманом в 1968 году и оптимизирована академиком РАМН Назаренко Г. И. в 2007 г. Основное преимущество этой шкалы по сравнению с другими заключается в том, что цели, их количество, веса и баллы определяются самими исследователями. ШДЦ может включать в себя множество индивидуальных целей и, что самое главное, содержит формулу для вычисления общего стандартного балла.

Процесс анализа целей включает:

1. Выбор целей (при возникновении в ходе лечения новых целей их можно добавить);
2. Взвешивание (ранжирование) целей – присвоения субъективного веса, который отражает значимость цели или же цели признаются равными;
3. Выбор временного интервала для последующего контроля.
4. Формулировку ожидаемых результатов. Наиболее вероятный результат, ожидаемый в случае эффективности лечения или вмешательства обозначен как «0». Оставшиеся уровни целей заполнены в графах возможных результатов: гораздо хуже, чем ожидалось (-2), несколько хуже, чем ожидалось (-1), несколько лучше, чем ожидалось (+1) и гораздо лучше, чем ожидалось (+2).
5. Контроль. На этом этапе производится оценка групп по суммарному уровню достижения целей после прохождения заранее определенного временного интервала.

Таким образом, комплексная ШДЦ преобразует полученные результаты в стандартизированный показатель, со средним значением 50 и стандартным отклонением 10. Если цели установлены правильно, то результаты превосходят или не оправдывают ожиданий примерно в равных пропорциях. Средний балл ШДЦ составляет 50. Общая оценка достижения цели, равная или выше 50 указывает на то, что пациент достиг или превысил уровень достижения целей. Значение ниже 50 соответственно указывает, что цели не были достигнуты. Адаптированная для нашего исследования ШДЦ представлена в Табл. 5.

Преимуществами такой оценки являются:

- простое определение общего показателя достижения цели;
- четкая сравнительная характеристика суммарной оценки достижения поставленных целей в исследуемых группах пациентов.

В дальнейшем статистическая обработка данных была произведена с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «STATISTICA 13». Для каждого количественного параметра были определены: среднее значение, среднеква-

дратическое отклонение, ошибка среднего, медиана, 95% доверительный интервал. Для качественных данных определяли показатели частоты (%).

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ И ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Статистический анализ результатов проведенного лечения и динамического наблюдения представлен в виде общего анализа и анализа заявленных факторов трансформации.

Общий анализ результатов включал следующие показатели:

- распределение успешности лечения в соответствии результатами по ШДЦ;
- выраженность клинических симптомов после лечения;
- гендерные особенности;
- возрастные особенности.

Анализ влияния факторов трансформации включал данные наличия коморбидных заболеваний и генетических нарушений на результаты лечения и их прогностическая значимость.

Табл. 5. Шкала достижения целей

Уровни достижения цели	Название целей			
Достижение целей и уровни	Суммарный показатель выраженности симптомов по анкетно-опроснику GerdQ (баллы)	Нормализация эндоскопической картины по Савари-Миллер и LA классификациям	Нормализация морфологической картины в пищеводе	Удовлетворенность пациента результатами лечения
Наихудший результат терапии (-2)	12	Рефлюкс-эзофагит В и С (LA)	Сохраняется дисплазия цилиндрического эпителия	Не удовлетворен
Меньший успех терапии, чем ожидалось (-1)	10-11	Рефлюкс-эзофагит А (LA)	Сохраняется кишечная метаплазия	Не совсем удовлетворен
Ожидаемая степень успеха терапии (0)	9	Рефлюкс-эзофагит 1 степени (Савари-Миллер)	Произошла регрессия кишечной метаплазии в кардиальную	Удовлетворен
Большой, чем ожидалось успех терапии (+1)	7-8	Рефлюкс-эзофагит 0 степени (Савари-Миллер)	Произошла регрессия кишечной метаплазии в кардиальную и частично в плоский эпителий	Эффект от лечения превзошел мои ожидания
Наибольший ожидаемый успех терапии (+2)	6	Данных за рефлюкс-эзофагит нет	Произошла полная регрессия цилиндрической метаплазии в плоский эпителий	Я выздоровел



С целью оценки результатов лечения была введена следующая градация:

- **большой успех** – показатель ШДЦ больше 60;
- **успех** – показатель ШДЦ от 50 до 60;
- **неудача** – ШДЦ меньше 50 баллов.

Общий анализ

Распределение успешности лечения в соответствии с результатами по группам по ШДЦ представлено на Рис. 4.

Анализ результатов позволил сделать заключение о высоких суммарных показателях по ШДЦ, отражающих успех в достижении поставленных целей лечения, 88% пациентов имели показатели > 50.

При этом четко видна дифференциация в течении заболевания у пациентов с ПБ с одинаковым морфологическим диагнозом, причем наибольшего успеха в лечении пациентов с ПБ, близкого к показателям в контрольной группе, удалось добиться в группах Ia и IIa, как в суммарных показателях по ШДЦ, так и в доле неудач.

Выраженность клинических симптомов после лечения

Показатели выраженности клинических симптомов после лечения представлены в Табл. 6.

Табл. 6. Соотношение выраженности клинических симптомов, суммарных показателей по ШДЦ и % неудач в лечении в исследуемых группах

Группы	Число пациентов	GerdQ	Суммарный показатель достижения цели по ШДЦ	% Неудач
Контрольная группа	13	6+0,6	69,3+7,3	0
I	35	7+0,8	59,1+8,6	14
II	44	8+0,2	57,7+8,5	18
Ia+IIa	30	6,6+1,2	62,2+9,0	3

Согласно приведенным данным, наиболее низкие показатели по шкале GerdQ и ШДЦ и наиболее высокая доля неудач имели место во II группе, таким образом именно эти пациенты были не удовлетворены проведенным лечением. Доля удовлетворенности пациентов результатами лечения составил 82%.

Был проведен детальный анализ неудач в лечении по группам.

Анализ позволил сделать следующие выводы:

- наиболее часто эрозивные изменения слизистой сохранялись у пациентов во II группе;
- наиболее «тревожной» в плане прогрессирования заболевания также была II группа.

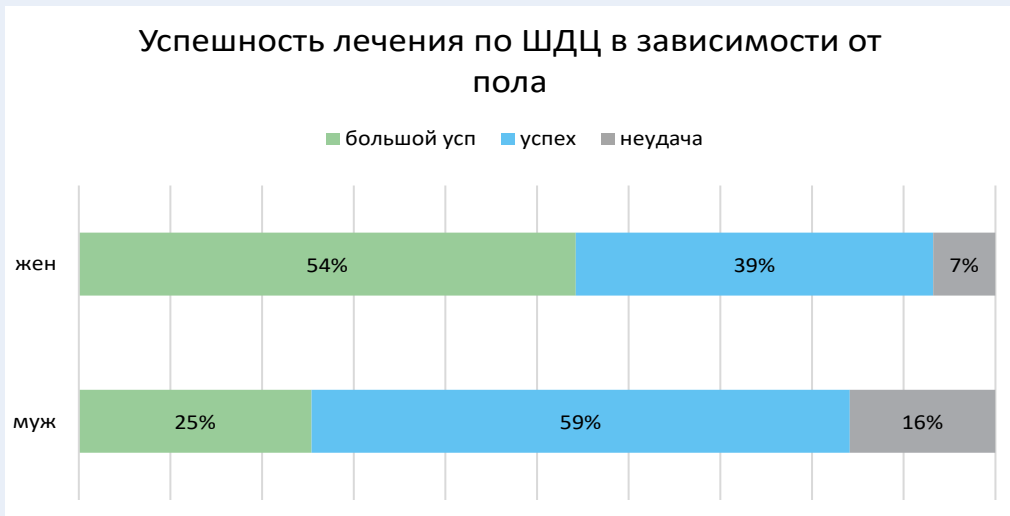


Рис. 5. Диаграмма. Успешность лечения по ШДЦ в зависимости от пола

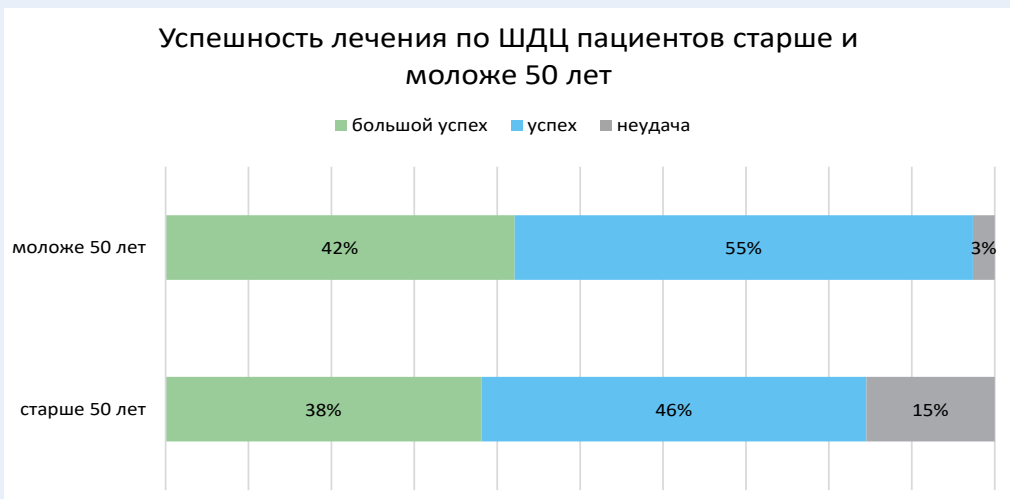


Рис. 6. Диаграмма. Успешность лечения по ШДЦ в зависимости от возраста

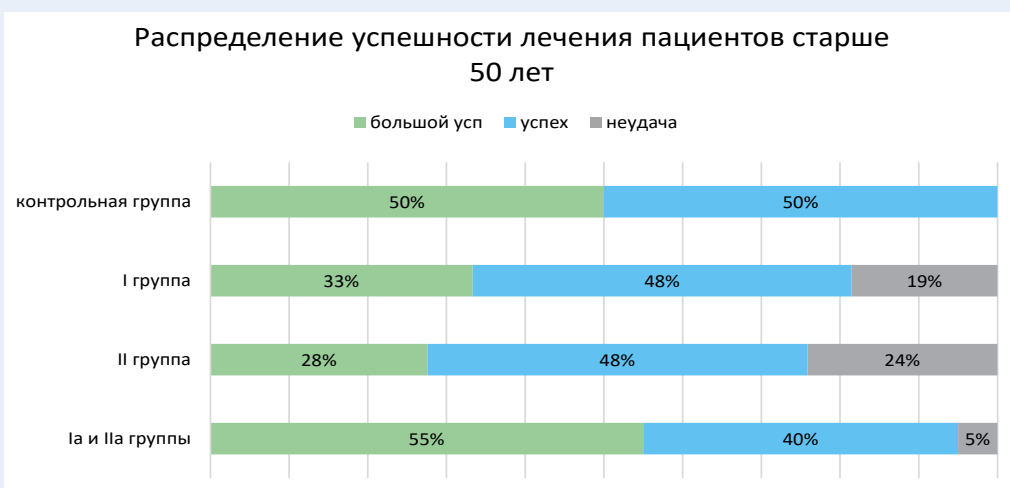


Рис. 7. Диаграмма. Распределение успешности лечения пациентов старше и моложе 50 лет

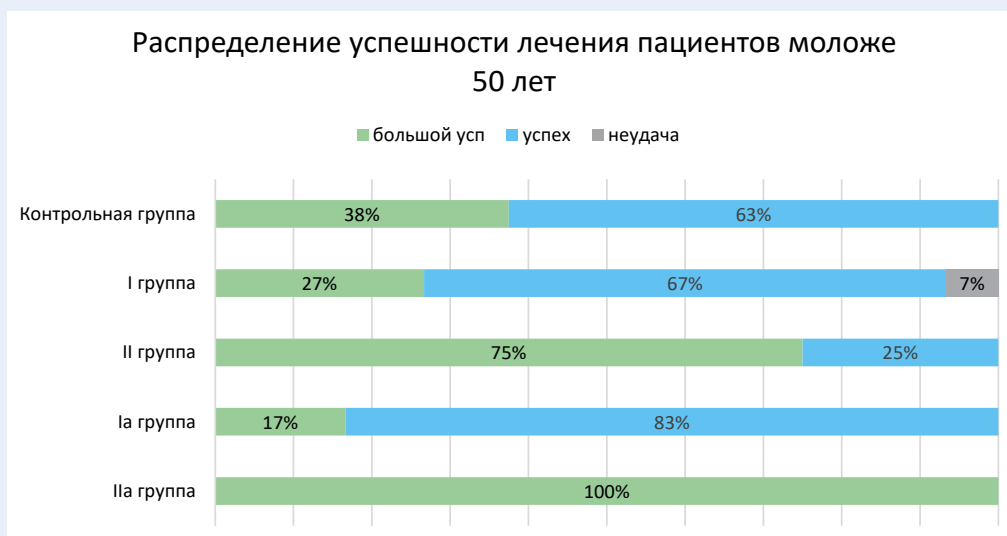


Рис. 8. Диаграмма. Успешность лечения в зависимости от МС

Это позволило признать, что именно пациенты II группы (без дисплазии эпителия) относятся к группе риска в плане возможных неудовлетворительных результатов лечения и возможности прогрессирования морфологических изменений.

При этом, наличие дисплазии низкой степени не повлияло на результат лечения. Из чего следует, что персонализированный подход к пациенту, применение методов эндоскопического внутрипросветного лечения в сочетании с короткими сроками динамического наблюдения и коррекцией проводимого лечения позволили добиться успеха в лечении у 97% пациентов.

Гендерные особенности, согласно проведенному анализу, имеют статистически значимое влияние на течение заболевания: у женщин результаты лечения являются лучшими – 93% \geq 50 баллов по ШДЦ по сравнению с 84% у мужчин ($p < 0,01$, тест χ^2 с помощью таблиц сопряженности) (Рис. 5).

Что касается *возрастных особенностей*, то в исследовании была продемонстрирована статистически значимая разница по показателям успешности лечения у пациентов старше и моложе 50 лет ($p < 0,05$, дисперсионный анализ, критерии попарного сравнения групп) (Рис. 6).

При этом отмечается значительная вариабельность в сочетании с более низкими результата-

ми лечения у пациентов старше 50 лет во всех группах (Рис. 7).

Анализ факторов трансформации (коморбидные состояния, генетические нарушения) на результаты лечения и их прогностическая значимость.

Коморбидные состояния

Наличие МС существенно снижало результаты лечения. При этом число неудач в лечении достигало 23% при наличии МС по сравнению с 6% при его отсутствии ($p < 0,05$, критерий хи-квадрат Пирсона) (Рис. 8).

Комментируя данный факт, можно предположить транссиндромальный характер коморбидности МС у пациентов с ПБ за счет тройного влияния патогенетических механизмов на течение заболевания (Рис. 9).

У женщин при наличии МС и проведении корректирующего лечения удавалось добиться успешных результатов \geq 50 баллов в 81%, при его отсутствии в 100% ($p < 0,05$, критерий хи-квадрат Пирсона) (Рис. 10).

У мужчин при наличии МС и проведении корректирующего лечения удавалось добиться успешных результатов в 72%, при его отсутствии – в 89% ($p < 0,05$, критерий хи-квадрат Пирсона) (Рис. 11).

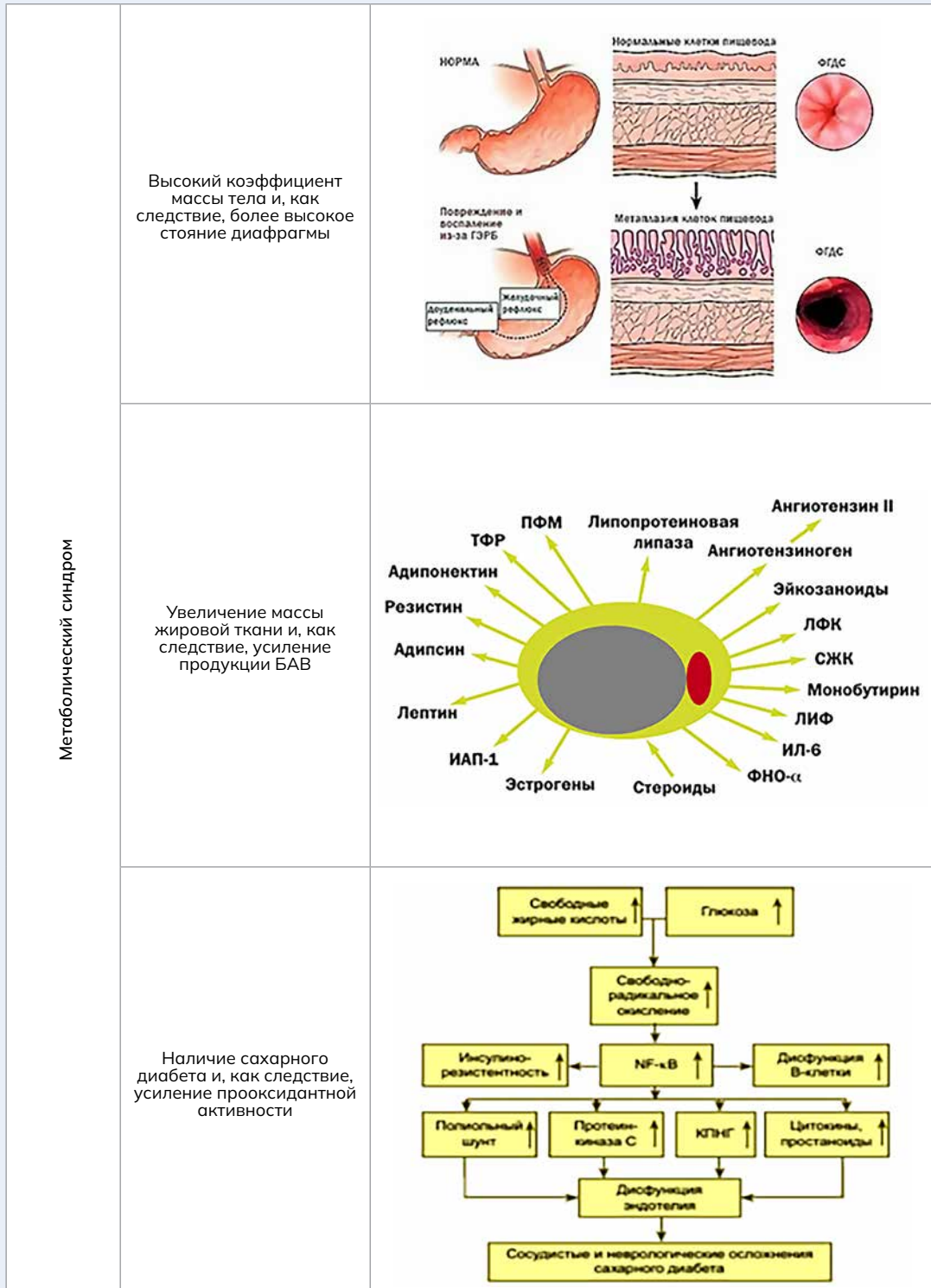


Рис. 9. Трансиндромальный характер коморбидности у пациентов с ПБ.

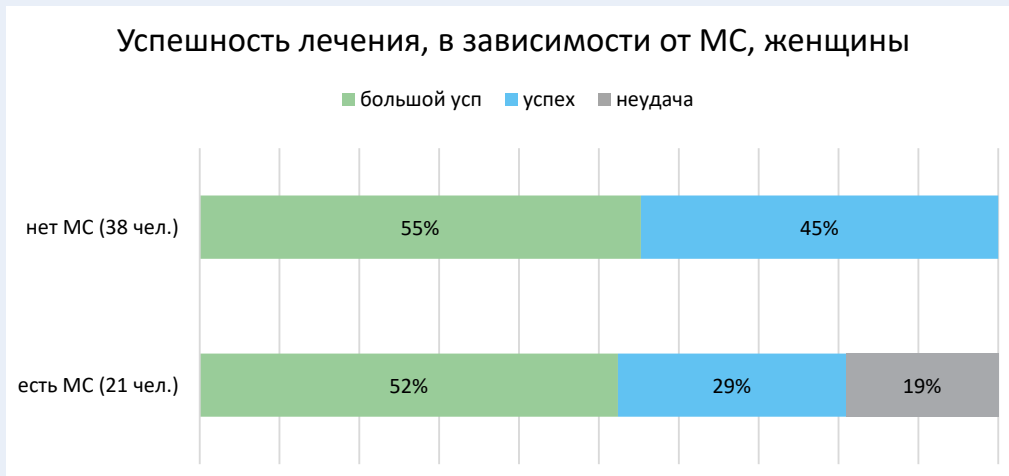


Рис. 10. Диаграмма. Успешность лечения в зависимости от МС у женщин

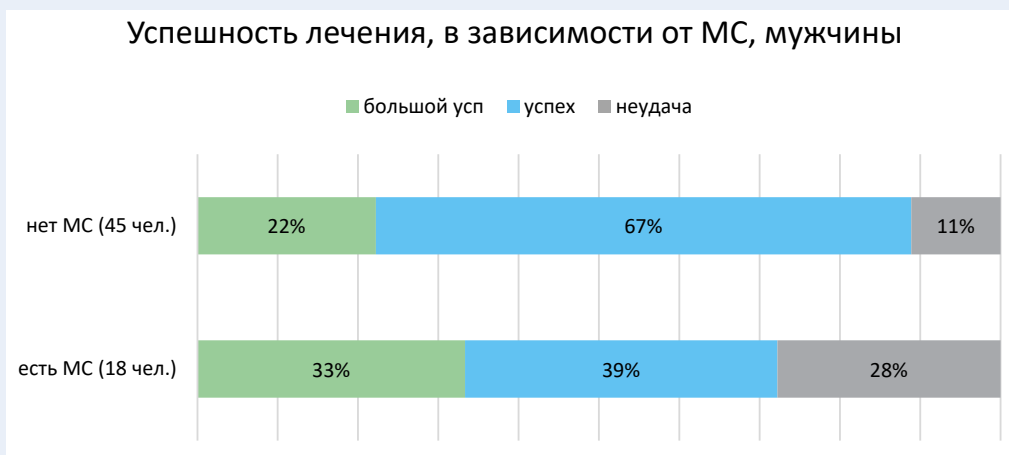


Рис.11. Диаграмма. Успешность лечения в зависимости от МС у мужчин

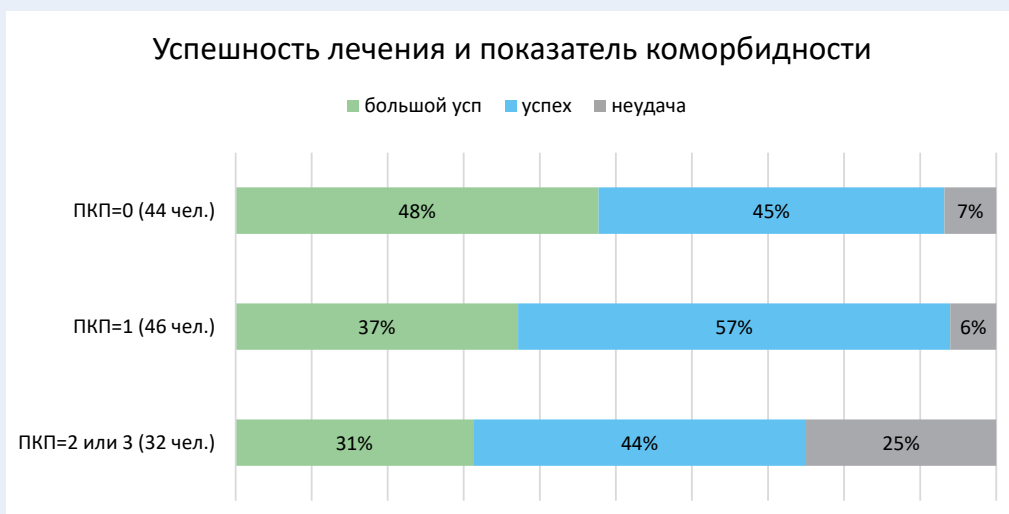


Рис. 12. Диаграмма. Успешность лечения и показатель коморбидности

Что касается ОП и ДП, то был дополнительно введён суммарный показатель коморбидных патологий:

ПКП=0, если у пациента коморбидных патологий не выявлено (44 чел.);

ПКП=1, если у пациента выявлена одна из коморбидных патологий (МС, ОП или ДП (46 чел.);

ПКП=2, если у пациента выявлены 2 коморбидных патологии (28 чел.);

ПКП=3, если у пациента выявлены 3 коморбидных патологии (4 чел.) (Рис. 12).

Суммарный показатель коморбидности является статистически значимым фактором при прогнозировании успешности лечения ($p < 0,05$, критерий хи-квадрат Пирсона).

Следует отметить, что из 46 пациентов с ПКП=1 метаболический синдром выявлен у 13 чел., а из 32 пациентов с ПКП = 2 или 3 у 23 выявлен МС.

Это позволяет сделать вывод о том, что МС в сочетании с ОП и/или ДП приводит к уменьшению вероятности успешного лечения.

Генетические нарушения

В результате проведенной работы были получены инновационные данные, касающиеся влияния показателей P53 и P63, а также Ki-67 на результаты лечения пациентов с ПБ по ШДЦ (Рис. 13-15).

При отсутствии экспрессии генов P53 и P63 успеха в лечении удалось добиться в 95% и 90% соответственно, а также в том случае, когда имела место экспрессия обоих генов, то есть рост пролиферации и дифференци-

ровки клеток происходил параллельно. Влияние экспрессии P53 и P63 значительно влияет на успешность лечения ($p < 0,01$, критерий хи-квадрат Пирсона).

При этом, повышение P53 при отсутствии экспрессии P63 демонстрировало наиболее низкие показатели в лечении.

В отношении Ki-67, проведенный анализ показал, что наименее успешные показатели были получены при высоких показателях пролиферативной активности Ki-67 в диапазоне 41-80 ($p < 0,01$, критерий хи-квадрат Пирсона).

Был проведен суммарный анализ неудач (результат по ШДЦ < 50) в лечении пациентов с ПБ по группам (Табл. 7).

Окончательный анализ результатов, включающий анализ неудач, позволил сделать следующие

Выводы

1. Течение заболевания и результаты различны у пациентов, относящихся к одной группе и имеющих одинаковый морфологический диагноз;
2. Наличие дисплазии легкой степени не влияет на результаты лечения, наибольшего успеха в лечении пациентов с пб, близкого к показателям в контрольной группе, удалось добиться в группах Ia и Iia, как в суммарных показателях по шдц, так и в доле неудач;
3. Наиболее низкие показатели по шкале GerdQ и шдц и наиболее высокая доля не-

Табл. 7. Суммарный анализ неудач в лечении пациентов с ПБ по группам

Группы	Число пациентов	Пол		Возраст >50 лет	МС	Экспрессия генов		Ki-67 41-80
		Ж	М			P53	P63	
I	5	3	2	7	3	2	2	1
II	8	1	7	5	5	8	4	8
Ia+Iia	1	0	1	1	1	1	1	0
Всего	14	4	10	13	9	11	7	9



Рис. 13. Диаграмма. Успешность лечения в зависимости от наличия экспрессии P53

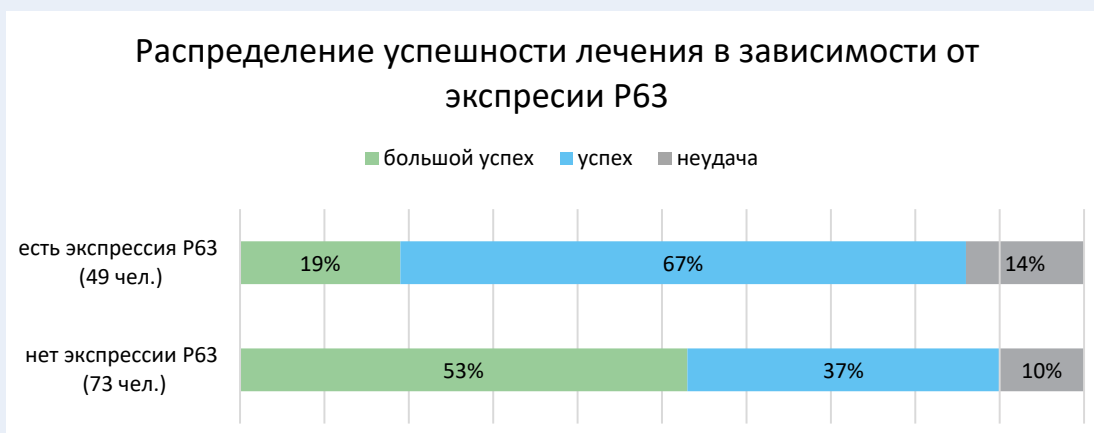


Рис. 14. Диаграмма. Успешность лечения в зависимости от наличия экспрессии P63

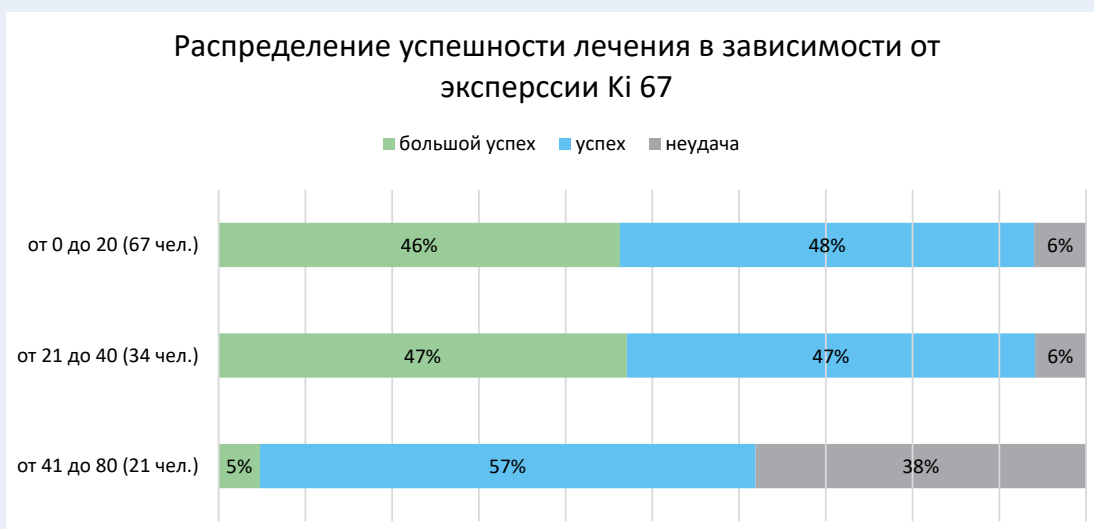


Рис. 15. Диаграмма. Успешность лечения в зависимости от наличия экспрессии Ki-67

- удач имели место во ii группе, из чего следует, что именно эти пациенты находятся в зоне риска неопластической трансформации цилиндрического эпителия;
4. Гендерные особенности имеют статистически значимое влияние на течение заболевания: у женщин результаты лечения являются лучшими 93% \geq 50 баллов по ШДЦ по сравнению с 84% у мужчин ($p < 0,01$);
 5. Возрастные особенности имеют статистически значимое влияние на течение заболевания, т.К. Имеет место статистически значимая разница по показателям успешности лечения у пациентов моложе 50 лет ($p < 0,05$);
 6. Высокие результаты лечения пациентов по шдц > 50 баллов регистрируются у пациентов при отсутствии или одновременном росте экспрессии генов p53 и p63, а также ki-67 в диапазоне от 20 до 40% полученные данные статистически достоверны $p < 0,05$;
 7. Принятый алгоритм диагностики, лечения и динамического наблюдения в исследуемых группах пациентов с пб, с учетом выявленных факторов неопластической трансформации цилиндрического эпителия, позволил достичь высоких суммарных показателей по ШДЦ, отражающих успех в достижении поставленных целей лечения, 92,6% пациентов имели показатели > 50 .

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова Г. В. Методологические аспекты диагностики, мониторинга и лечения пациентов с пищеводом Барретта.: Дис...докт.мед.наук // ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена Росмедтехнологии» М, – 2009. 240 с. 2. Годжелло Э.А., Галлингер Ю. А. Пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода и задачи современной гастроэнтерологии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001 – № 6, – С 71-75.
2. 3.Sharma P, Hawes RH, Bansal A, et al. Standard endoscopy with random biopsies versus narrow band imaging targeted biopsies in Barrett's oesophagus: A prospective, international, randomised controlled trial.// Gut. –2013. – Vol.62, P15-21.
3. 4.Зайратьянц О.В., Маев И. В., Смольяникова В. А. и соавторы. Патологическая анатомия пищевода Барретта // Архив патологии. – 2011 г. –№ 3. – С. 21-26.
4. 5. «Пищевод Барретта» Клинические рекомендации. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Трухманов А, С и др. 2014, Москва.
5. 6.Ефремов Л.И., Комиссаренко И. А. Метаболический континум и полиморбидность в гериатрии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. –2014 г. –№ 6. – С 4-7.
6. 7. Метаболический синдром. Под ред. Г. Е. Ройтберга /М.: Медпресс-информ, 2007;223 с. 8.Метаболический синдром. Под ред. В. Фонсеки. Пер.с англ. – М.: «Практика», 2011. –272 с. 9. Hojo C, Cook M. B., Kamangar F, et al. Body mass index in relation to oesophageal and oesophagogastric junction adenocarcinomas: a pooled analysis from the international BEACON consortium. // International journal of epidemiology. –2012. – Vol. 41, P. 1706-1718.
7. 10. Singh S., Sharma A. N., Murad M. H., et al. Central adiposity is associated with increased risk of esophageal inflammation, metaplasia, and adenocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. //Clin Gastro enterol Hepatol. –2013. – Vol. 11, P. 1399-1412.

СИНДРОМ СРЕДНЕЙ ДОЛИ

МОСКВА

¹Чернеховская Н. Е., ^{1,2}Коржева И. Ю., ²Вычужанина Н. В., ¹Волова А. В.¹ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ² Городская клиническая больница им. С. П. Боткина

MIDDLE LOBE SYNDROME

¹Chernekhovskaya N. E., ^{1,2}Korzheva I. Yu., ²Vichuzhanina N. V., ¹Volova A. V.¹ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education² City Clinical Hospital. S. P. Botkin

АННОТАЦИЯ

Проведено обследование 123 больных с синдромом средней доли – мужчин было 82 (66,6%), женщин – 41 (33,4%) в возрасте от 16 до 86 лет. Обследование включало комплексное лучевое исследование легких, бронхоскопию с различными видами биопсий с последующими бактериологическим, цитологическим и гистологическим исследованиями биопсийного материала. Были установлены диагнозы: пневмония – у 44 больных, хронический деформирующий бронхит – у 49, цирроз доли – у 2, бронхоэктазы – у 2, центральный рак легкого – у 8, абсцесс легкого – у 6, туберкулез – у 3, доброкачественные опухоли – у 4, инородные тела – у 4, саркоидоз органов дыхания – у 1 пациента. На основании применения только лучевых методов удалось установить нозологическую форму заболевания у 105 больных (86,5%), а при сочетанном применении лучевых методов диагностики и бронхоскопии с различными видами биопсий с последующим исследованием биопсийного материала правильный диагноз был установлен у 99,2% пациентов, у 1 больного допущена диагностическая ошибка (0,8%). Санационную бронхоскопию выполнили 61 больному с хроническим деформирующим бронхитом, бронхоэктазами, абсцессом легкого и инородными телами (после их удаления). У пациентов, получавших в комплексной лечении NO-терапию, отмечено достоверное уменьшение сроков лечения.

Ключевые слова: синдром средней доли, лучевая диагностика, бронхоскопия, биопсия, NO-терапия.

ANNOTATION

A total of 123 patients with middle lobe syndrome were examined: 82 (66.6%) men and 41 (33.4%) women, aged 16 to 86 years. The examination included a complex X-ray examination of the lungs, bronchoscopy with various types of biopsies, followed by bacteriological, cytological and histological studies of the biopsy material. The following diagnoses were established: pneumonia – in 44 patients, chronic deforming bronchitis – in 49, lobe cirrhosis – in 2, bronchiectasis – in 2, central lung cancer – in 8, lung abscess – in 6, tuberculosis – in 3, benign tumors – in 4, foreign bodies – in 4, sarcoidosis of the respiratory system – in 1 patient. Based on the use of only radiation methods, it was possible to establish the nosological form of the disease in 105 patients (86.5%), and with the combined use of radiation diagnostic methods and bronchoscopy with various types of biopsies, followed by examination of the biopsy material, the correct diagnosis was established in 99.2% of patients, 1 patient had a diagnostic error (0.8%). Sanitation bronchoscopy was performed in 61 patients with chronic deforming bronchitis, bronchiectasis, lung abscess and foreign bodies (after their removal). In patients who received NO-therapy in the complex treatment, a significant decrease in the duration of treatment was noted.

Keywords: middle lobe syndrome, radiodiagnosis, bronchoscopy, biopsy, NO-therapy.

ВВЕДЕНИЕ

Понятие «среднедолевой синдром» часто используется как предположительный диагноз до установления этиологии заболевания. По данным различных авторов, частота синдрома средней доли колеблется в пределах от 0,3 до 6,15% [1].

Относительно высокая частота изолированного поражения средней доли как в детском возрасте, так и у пожилых людей давно обращала на себя внимание исследователей и заставляла искать причину такого поражения.

Тщательно изучив анатомию трахеобронхиального дерева, G. Kopstein (1933) и R. Brok (1946) пришли к выводу, что среднедолевой бронх, как и средняя доля, обладают рядом анатомо-функциональных особенностей, которые дали право E. Zdansky (1946) считать среднедолевой бронх «местом наименьшего сопротивления». Оказалось, что среднедолевой бронх – наиболее узкий и длинный из всех долевого бронхов. Его диаметр колеблется от 0,5 до 0,7 см, что соответствует размерам большинства сегментарных бронхов, а длина его – от 1,2 до 2,6 см. Среднедолевой бронх отходит от передней стенки промежуточного бронха под острым (30°) углом и делится на два сегментарных бронха – латеральный и медиальный. Среднедолевой бронх окружен большим количеством лимфатических узлов, которые путем компрессии, пентрации и перфорации могут вести к закупорке его просвета. Особенно часто это наблюдается в детском возрасте, когда плохо развита опорная эластическая ткань и бронхиальная стенка податлива, а лимфатические узлы особенно сильно развиты. Кроме того, было доказано, что лимфатические узлы средней доли собирают лимфу не только из средней, но и из нижней и из S₃ верхней доли [2]. Поэтому причиной среднедолевого синдрома стали считать поражение лимфатических узлов, как неспецифической природы, так и туберкулезной этиологии.

Также было доказано, что средняя доля находится под влиянием смешанного реберно-диафрагмального типа дыхания и при спокойном дыхании смещается вперед. Однако амплитуда респираторных движений ребер на этом участке грудной клетки ограничена. Что касается диафрагмы, то дыхательные движения ее передних, в основном сухожильных участков, к которым прилегает средняя доля, весьма не-

значительны и оказывают более слабую тягу по сравнению с задними участками. По данным A. Anthony и соавт. (1962), подвижность и растяжения участка легкого тем больше, чем дальше он расположен от корня. Средняя доля располагается в непосредственной близости к корню легкого и с этих позиций находится в неблагоприятных условиях. Таким образом, условия расширения ее при выдохе являются недостаточными по сравнению с другими долями легкого. E. Stutz и H. Vieten (1955) указывали на неудовлетворительное инспираторное присасывание средней доли, и в связи с этим отмечали затруднение оттока секрета, что способствовало быстрому переходу острой среднедолевой пневмонии в хроническую. Этим же объясняется малая способность к откашливанию попавших в бронхи средней доли инородных тел. С этой точки зрения можно объяснить склонность к хроническому течению любого патологического процесса в средней доле.

В 1948 г. E. Graham, T. Burford и J. Mayer ввели термин «среднедолевой синдром», понимая под этим сморщивание или ателектаз средней доли вследствие бронхостеноза посттуберкулезной этиологии, обусловленного анатомо-топографическими особенностями средней доли. В зоне ателектаза происходит компенсаторная транссудация жидкости, сегментарные и долевого бронха заполняются слизью, увеличиваются кровенаполнение и расширение артерий, вен и капилляров. Возникает картина так называемого, «обструктивного пульмонита». Через 3–6 месяцев уплотняются коллагеновые волокна вокруг сосудов, происходит разрастание соединительной ткани, наступает фаза индурации (карнификации) ателектаза. Ателектаз служит основой для развития вторичного воспалительного процесса. Ателектазированный участок легкого является эластически перенапряженным, что ведет к концентрации сил, действующих расширяюще на стенку бронха, и это приводит к образованию бронхоэктазов, иногда в очень короткие сроки – от 14 до 20 дней. Однако ателектаз не всегда сопровождается уменьшением объема легкого. В случаях, когда причина, вызвавшая ателектаз, действует непродолжительное время, возможна реэрация пораженного участка легкого.

По мере изучения этиологических факторов, ведущих к компрессии среднедолевого бронха, появился целый ряд работ с описанием синдрома средней доли при различных забо-

леваниях, сопровождающихся гиперплазией внутригрудных лимфатических узлов при саркоидозе, пневмокоииозе, туберкулезе и опухолях. В формировании синдрома средней доли важную роль играет перенесенный в прошлом туберкулез. При наличии массивных обызветвленных лимфатических узлов, интимно связанных с прилежащими бронхами, возможно нарушение целостности бронхиальной стенки и проникновение обызветвленных масс в просвет с образованием пенетрирующего или облитерирующего бронхолита, который чаще всего находят в среднедолевом бронхе. Среднедолевой бронх нередко служит местом локализации доброкачественных опухолей, которые могут обтурировать бронх. Причиной ателектаза средней доли могут быть и инородные тела [3, 4, 5, 6, 7].

В настоящее время понятие «среднедолевой синдром» – это один из вариантов хронического ателектаза. Дифференциальная диагностика патологических процессов, локализующихся в средней доле, представляет определенные трудности [8]. Актуальность проблемы связана с различным подходом к лечению этих пациентов.

Большое значение в лечении больных с воспалительными заболеваниями легких придает лечебным бронхоскопиям, благодаря которым можно одновременно добиться улучшения бронхиальной проходимости и вводить различные по механизму действия вещества непосредственно в очаг воспаления [9].

Исследования показали, что эффективность действия антибактериальных препаратов повышается при их направленном введении в лимфатическую систему. Учитывая, что в стенке бронха имеется хорошо выраженная лимфоидная ткань, нами был разработан способ интрабронхиального лимфорегионарного введения антибактериальных препаратов. Исходя из проведенных нами исследований, лимфорегионарное введение имеет преимущества перед внутривенным, так как обеспечивает терапевтическую концентрацию антибиотика в месте поражения более длительное время [10].

В 1998 г. группа американских ученых получила Нобелевскую премию по медицине и физиологии за исследование роли оксида азота в регуляции сердечно-сосудистой системы [11]. Многие авторы считают, что NO – один из древних и универсальных регуляторов систем вну-

триклеточной и межклеточной сигнализации [12]. В 1997 г в МГТУ им. Н. Э. Баумана был создан воздушно-плазменный аппарат «Плазон» для теплового (деструкция и коагуляция) воздействия на ткани. В процессе работы аппарата было установлено, что он вырабатывает из воздуха оксид азота [13].

Лечебная эффективность экзогенного оксида азота обусловлена его влиянием на микроциркуляцию за счет вазодилатации, антиагрегантным и антикоагулянтным действием, бактерицидным действием как собственным, так и за счет образования пероксинитрита, регуляцией специфического и неспецифического иммунитета. Важнейшим преимуществом NO-терапии, в отличие от большинства физических и медикаментозных методов является полифункциональное воздействие на все фазы воспалительного процесса, возможность локального воздействия на патологический очаг [14].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение качества лечения больных с синдромом средней доли за счет комплексного обследования, своевременного выполнения оперативного вмешательства или консервативного лечения с включением санационных бронхоскопий и NO-терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ГКБ им. С. П. Боткина за 15 лет обследованы и получили лечение 123 больных с патологией средней доли. Мужчин было 82 (66,6%), женщин – 41 (33,4%) в возрасте от 16 до 86 лет. Все пациенты были направлены в клинику с диагнозом «синдром средней доли». Получено информированное согласие пациентов на проведение диагностических и лечебных манипуляций.

Как выяснилось из анамнеза, продолжительность заболевания составляла от нескольких месяцев до 20 лет. Преобладали пациенты (103 человека – 83,7%) с продолжительностью заболевания больше 1 года.

Ведущими клиническими симптомами был кашель, при этом у 104 больных (84,6%) кашель сопровождался выделением слизисто-гнойного или гнойного секрета, с жалобами на легочное кровотечение обратились 30 больных (24,4%), субфебрильную температуру отмечали 62 пациента (50,4%), одышку – 55 больных



Рис. 1. Бронхопневмония в С5 справа. КТ, легочное окно; участок малых размеров, плотный в центре и меньшей плотности легочной паренхимы в окружности.
Bronchopneumonia in C5 on the right. CT, pulmonary window; an area of small size, dense in the center and less density of the lung parenchyma in the circumference.



Рис. 2. Рубцовый стеноз среднедолевого бронха.
Cicatricial stenosis of the middle lobe bronchus.

(44,7%), боли в груди – 20 пациентов (16,5%). Ни один из симптомов не явился специфичным для какой-либо группы обследуемых.

Всем больным провели комплексное обследование – лучевое исследование легких (полпозиционную рентгенографию, линейную и компьютерную томографию), бронхоскопию с различными видами биопсий с последующими бактериологическим, цитологическим и морфологическим исследованием биопсийного материала. Бронхоскопию выполняли видеобронхоскопами фирм «Фуджинон» и «Пентакс» по общепринятой методике. Осложнений не было.

Санационную бронхоскопию выполнили 64 больным (52,0%) с хроническим деформирующим бронхитом, бронхоэктазами, абсцессом легкого, туберкулезом и инородными телами (после их удаления). Пациенты были разделены на две подгруппы в зависимости от характера лечения. В качестве saniрующего раствора использовали 0,2%-ный раствор диоксидина, на одну санацию расходовали от 60 до 100 мл раствора. Санационную бронхоскопию заканчивали интрабронхиальным лимфотропным введением антибиотика, к которому чувствительна флора больного (постановление МЗ СССР от 20.12.1985 г, протокол № 2 на разрешение применения данного метода).

После этого бронхоскопия у пациентов 1-й подгруппы с эндоскопической картиной бронхита II степени интенсивности воспаления (28 больных) завершалась, а пациентам 2-й подгруппы с картиной бронхита III степени интенсивности воспаления (33 больных) и 3 пациентам с туберкулезом вводили в бронхиальное дерево оксид азота от аппарата «Плазон» в течение 1 мин с содержанием оксида азота в газовом потоке 300 ppm (регистрационное удостоверение № ФС-2007/197 от 11.09.2007 г. Приложение № 1 от 18.09.2007 г. Использование воздушной плазмы и экзогенного оксида азота для лечения раневых и воспалительных процессов. Пульмонология и фтизиатрия: неспецифическая и туберкулезная эмпиема плевры, неспецифический и туберкулезный бронхит, фиброзно-кавернозный и инфильтративный туберкулез).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При комплексном лучевом исследовании пневмония в средней доле диагностирована у 44 больных (35,8%) (Рис. 1). При бронхоскопическом исследовании слизистая оболочка среднедолевого бронха гиперемирована, отечна, сосудистый рисунок не прослеживался, устье сужено за счет отека слизистой, из устья среднедолевого бронха поступал слизистый или слизисто-гнойный секрет. У 12 пациентов на слизистой оболочке в области устья и шпоры среднедолевого бронха видны циркулярные или линейные рубцы белого цвета (Рис. 2), что свидетельствовало о перенесенной ранее среднедолевой пневмонии. Описанная картина соответствовала строго ограниченному бронхиту I или II степени интенсивности воспаления (соответственно 32 и 12 пациентов). При бактериологическом исследовании брон-

хиального смыва верифицирован возбудитель у 20 больных (45,5%). При трансбронхиальной биопсии легкого данных за рак не получено. При морфологическом исследовании биопсийного материала обнаружено утолщение альвеолярных перегородок за счет воспаления и фиброза. В просвете альвеол – спущенные пневмоциты, отек. Все изменения носили воспалительный характер и свидетельствовали об интерстициальной пневмонии.

У 37 больных (30,1%) с клинической и рентгенологической картиной хронического бронхита во время бронхоскопии определялось сужение и деформация среднедолевого бронха за счет отека слизистой, устья сегментарных бронхов выглядели точечными. Слизистая оболочка гиперемирована, сосудистый рисунок не прослеживался, из устья среднедолевого бронха поступал слизисто-гнойный или гнойный секрет. Описанная картина соответ-

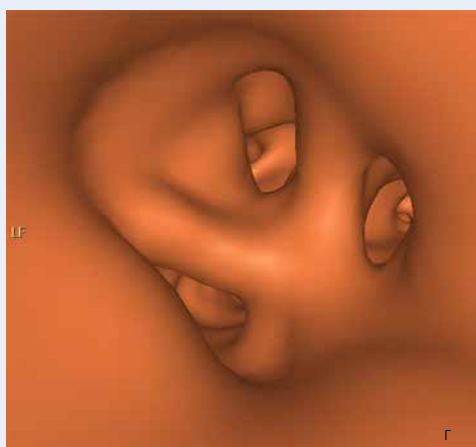
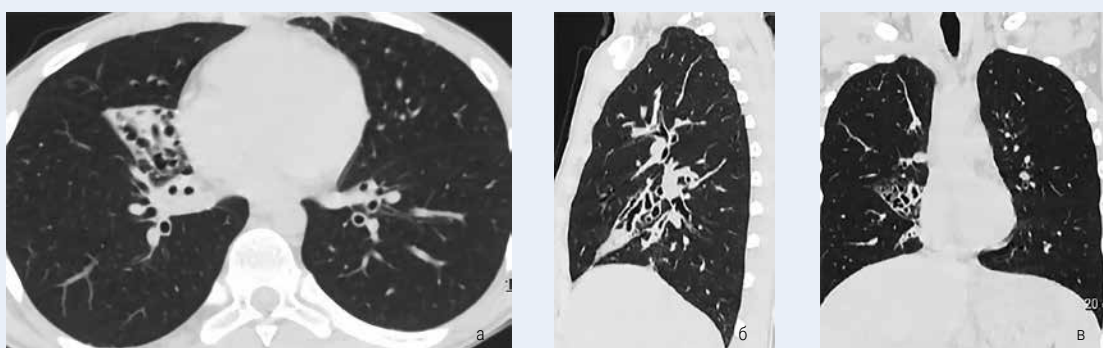


Рис. 3. Больной В., 45 лет. Бронхоэктазы справа в стадии обострения. МСКТ, МПР, MinIP: а, б, в -- бронхоэктазы в средней доле и С8: бронхи деформированы, сближены; г – виртуальная бронхоскопия – устья бронхов расширены; д – виртуальная бронхография – бронхи деформированы; е – при бронхоскопии в устье среднедолевого бронха гнойный секрет в значительном количестве – симптом Суля; ж – морфологическое исследование биопсийного материала: лейкоцитарная инфильтрация слизистой оболочки сегментарных бронхов с разрушением эпителия.



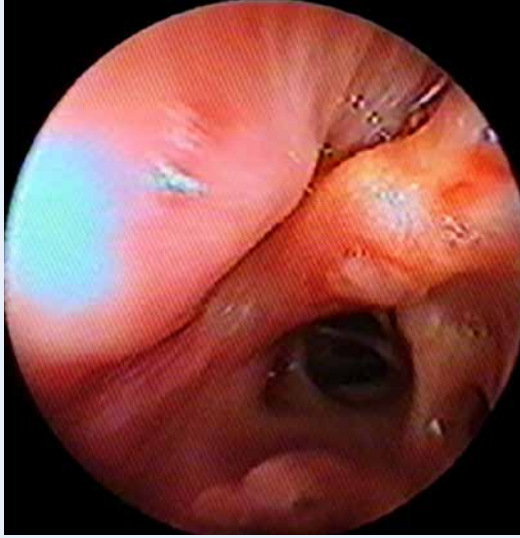


Рис. 4. Цирроз средней доли со стенозом среднедолевого бронха

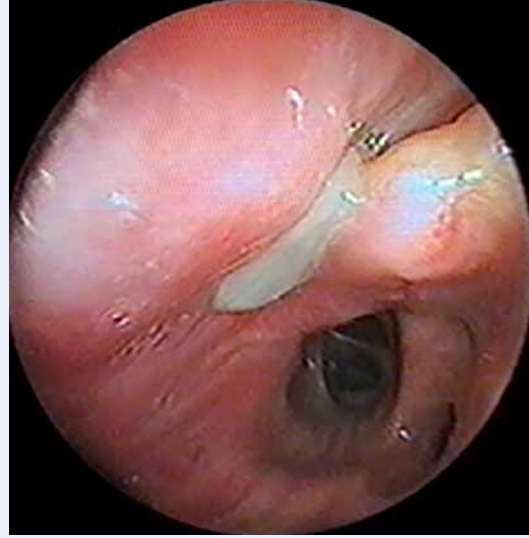


Рис. 5. Поступление гноя из устья среднедолевого бронха свидетельствует о воспалительной этиологии стеноза

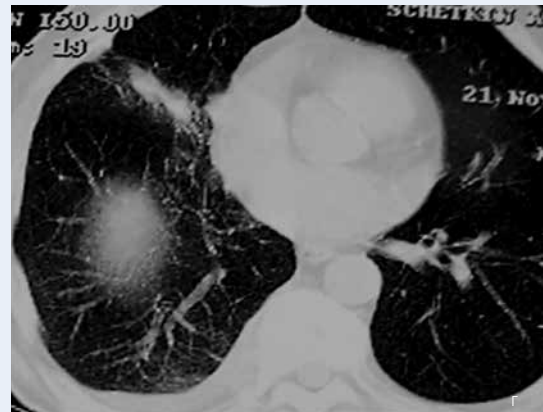
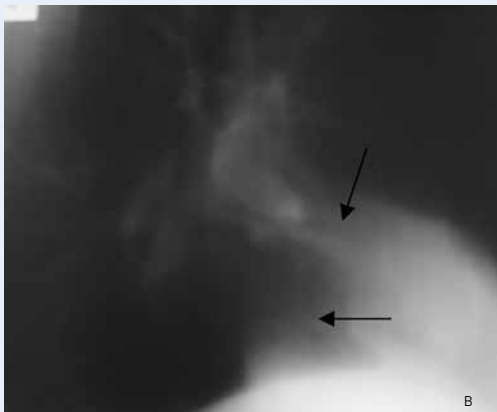
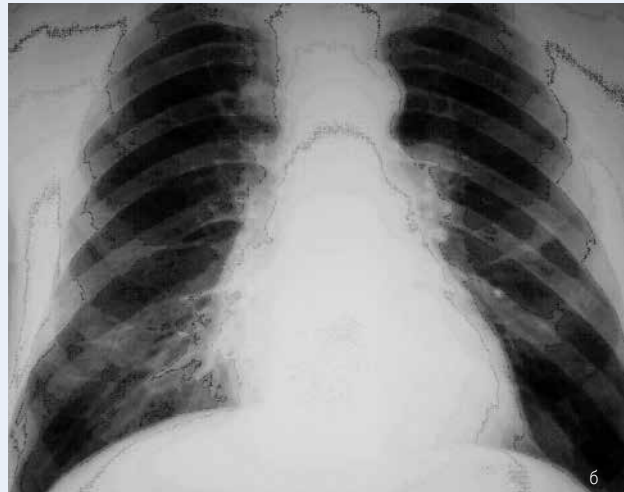


Рис. 6. Больной И., 67 лет. Рак средней доли. Прямая (а) и боковая (б) рентгенограммы, в – боковая линейная томограмма, г – СКТ. Ателектаз С5, сужение Б5; компенсаторное вздутие С4

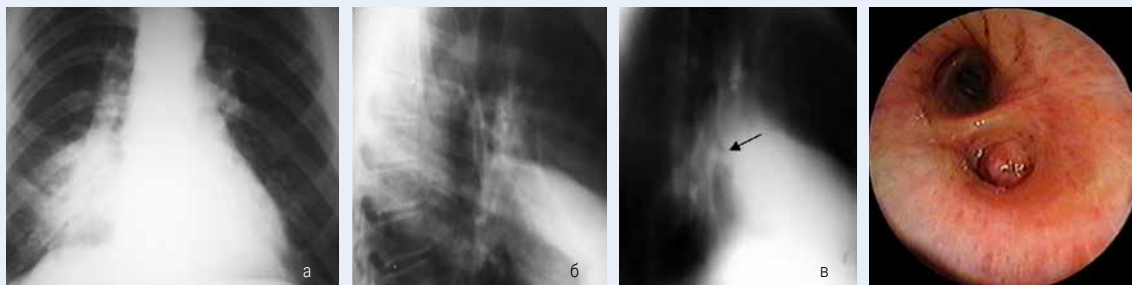


Рис. 7. Больной Б, 45 лет. Центральный рак средней доли: а - прямая рентгенограмма, б - боковая рентгенограмма, в - боковая томограмма правого легкого. Ателектаз средней доли, коническая «культя» среднедолевого бронха

Рис. 8. Центральный рак средней доли, экзофитная форма роста

ствовала строго ограниченному деформирующему бронхиту 2-3 степени интенсивности воспаления.

Для исключения бронхоэктазов выполняли бронхографию и КТ у 16 (43,2%) из 37 пациентов. Во время исследования диагностированы бронхоэктазы у 2 больных, цирроз средней доли – у 2. У остальных пациентов подтвердился деформирующий бронхит. В настоящее время компьютерная томография полностью заменила бронхографию как безопасный и достоверный метод диагностики различных заболеваний легких, в том числе бронхоэктазов и деформирующего бронхита (Рис. 3 а, б, в, г, д, е, ж).

При циррозе средней доли (2 пациента) рубцы так суживали просвет бронха, что устье его приобретало щелевидную форму (Рис. 4). В этом случае трудно определить этиологию стеноза. Поступление гноя из устья бронха с большей долей вероятности свидетельствовало о его воспалительной этиологии (Рис. 5). Больные были оперированы.

Во время бронхоскопии центральный рак легкого обнаружен у 11 больных (8,9%), у 8 из них рак диагностирован при рентгенологическом обследовании. При центральном раке на рентгенограммах и КТ выявляются прямые признаки (тень опухолевого узла) и косвенные признаки. Косвенный признак рака – нарушение вентиляции доли в виде гиповентиляции – проявляется уменьшением доли в объеме, сближением сосудов, смещением малой междолевой плевры вниз при условии, что она получает отображение на обзорных рентгенограммах; при ателектазе доля ин-

тенсивно и гомогенно затемнена (Рис. 6 а, б, в, г). На томограммах оценивалось состояние просвета бронха. Бронх был либо ампутирован (полное отсутствие просвета), либо сужен с утолщенными стенками (при перибронхиальном росте опухоли), либо выявлялась культя с неровным и нечетким контуром, называемая конической (Рис. 7 а, б, в). При бронхоскопии у 6 больных диагностирован экзофитный рак, у 5 пациентов – инфильтративный рак.

Из 3 больных, поступивших с диагнозом «среднедолевая пневмония», во время бронхоскопии у 1 пациента диагностирован экзофитный рак, у 2 – инфильтративный. Экзофитная опухоль имела бугристую поверхность, серовато-розовый цвет, полностью обтурировала просвет бронха (Рис. 8). Для инфильтративной формы роста характерно сужение и деформация устья среднедолевого бронха, сегментарные бронхи не определялись. Инфильтрат мелкозернистый, сероватого цвета, плотный при инструментальной пальпации, активно кровоточил при взятии биопсии (Рис. 9). При гистологическом исследовании биопсийного материала диагностирован плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки у 11 пациентов, низкодифференцированный немелкоклеточный рак – у 3 больных. Все больные были оперированы, диагноз подтвержден.

При упорном течении хронического нагноительного процесса в средней доле не следует забывать о бронхолитах и длительно находящихся инородных телах в бронхах. При рентгенологическом исследовании бронхолиты обнаружены у 4 пациентов (Рис. 10 а, б, в), ино-



Рис. 9. Центральный рак средней доли, инфильтративная форма роста



Рис. 10. Больная И. 72 лет. Посттуберкулезный цирроз средней доли; бронхиолит. Рентгенограммы органов грудной клетки: а – прямая проекция; б – правая боковая проекция; в – боковая томограмма правого легкого: средняя доля в ателектазе, интенсивно затемнена с наличием суженного просвета среднедолевого бронха, в окружности устья бронха петрифицированные лимфатические узлы, один из которых визуализируется в просвете бронха

родные тела (зубы) диагностированы у 2 больных (Рис. 11 а, б, в), зубные коронки – у 2 пациентов. Во время бронхоскопии диагностика давно аспирированных инородных тел и бронхиолитов наиболее сложна, так как они обычно полностью закрыты грануляциями. Анамнез заболевания колебался от 3 месяцев до 4 лет. Во время бронхоскопии грануляции полностью закрывали инородные тела, напоминая опухолевую ткань (Рис. 12 а). После санационной бронхоскопии и разрушения грануляций удалось обнаружить и извлечь инородные тела (Рис. 12 б) и бронхиолиты.

Хронический абсцесс заподозрен при рентгенографии легких у 6 больных. При обычном рентгенологическом исследовании не удалось выявить полость. Определялось уменьшение доли в размерах с выраженной деформацией легочного рисунка, зоной пневмосклероза и реакцией плевры. На КТ выявлена полость неправильной формы более 1,5 см в диаметре, дренирующий бронх сужен, деформирован. Больным проведено 8 сеансов санационных бронхоскопий и терапия экзогенным оксидом азота от аппарата «Плазон». При контрольной рентгенографии органов грудной полости обнаружена сухая полость или ложная киста.

Туберкулез диагностирован у 3 пациентов. При туберкулезе фиброзно-кавернозная деформация средней доли рентгенологически идентична абсцедирующим формам хронического неспецифического воспаления. Однако при специфическом процессе на обзорных рентгенограммах определялись очаги отсе-

ва в доле и других отделах легкого (Рис. 13 а, б, в). При бронхоскопии слизистая оболочка среднедолевого бронха была гиперемирована, тусклая, с мелкими туберкулезными бугорками. В биопсийном материале обнаружен казеозный детрит и сплошь микобактерии туберкулеза. Больным проведена специфическая химиотерапия с лечебными бронхоскопиями с включением экзогенного оксида азота от аппарата «Плазон» 2 раза в неделю, 8 сеансов на курс. У всех больных после 3-го сеанса NO-терапии микобактерии туберкулеза не обнаружены.

У 1 больной диагностирована злокачественная лимфома. Диагноз верифицирован при морфологическом исследовании биопсийного материала.

Рентгенологическая картина доброкачественных опухолей отличается от картины злокачественных новообразований тем, что культя бронха обычно с четким, ровным контуром. Просвет бронха не сужен (Рис. 14).

У 1 пациента во время бронхоскопии верифицирована аденома, у 1 – фиброма, у 1 больного – невринома. Опухоли были удалены через бронхоскоп.

При рентгенологическом исследовании у 4 больных средняя доля была уменьшена в объеме, выглядела в виде линзы, интенсивно и гомогенно затемнена. На боковой рентгенограмме доля смещена кверху, при этом уплотненная малая междолевая плевра расположена обычно, а главная междолевая

плевра смещена вверх, т.е. имел место ателектаз средней доли.

Во время бронхоскопии у 2 больных в устье среднедолевого бронха определялась полиповидная опухоль, на широком основании, с гладкой, хорошо васкуляризованной поверхностью, голубовато-розового цвета, до 2 см в диаметре, плотная при инструментальной пальпации, активно кровоточащая в процессе взятия биопсии (Рис. 15 а). При гистологическом и цитологическом исследованиях биопсийного материала, полученного во время бронхоскопии, обнаружены клетки полигональной формы, в цитоплазме которых определялись аргирофильные зерна (Рис. 15 б), что соответствовало типичному карциноиду. Опухоли были удалены через бронхоскоп.

Атипичный карциноид диагностирован у 2 пациентов. Опухоль имела вид инфильтрата с неровной поверхностью, серовато-розово-

го цвета. На основании эндоскопической картины провести дифференциальный диагноз с инфильтративным раком не представлялось возможным. При морфологическом исследовании биопсийного материала верифицирован атипичный карциноид низкой степени злокачественности. Пациенты были оперированы – выполнена пульмонэктомия.

Саркоидоз органов дыхания с поражением средней доли диагностирован у 1 пациента (Рис. 16 а, б, в, г, д).

Таким образом, во время бронхоскопии диагностики были изменены у 17 пациентов (13,8%), у 1 больного допущена диагностическая ошибка (0,8%).

Приводим наше наблюдение

Больной И., 68 лет, а/к 22347/91, обследован амбулаторно. Предъявлял жалобы на кашель с мокротой с примесью крови. Считает себя

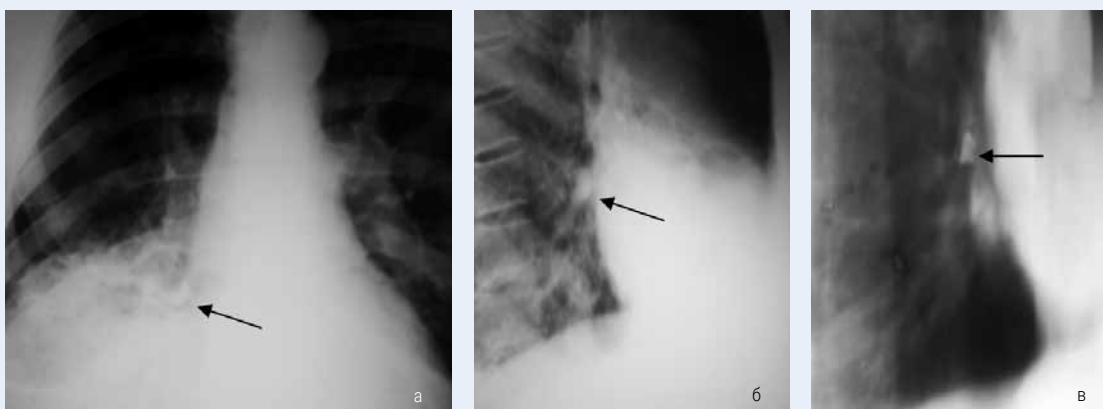


Рис. 11. Больной Б., 62лет. Инородное тело в просвете среднедолевого бронха с частичным закрытием нижнезонального бронха: а – прямая рентгенограмма, б – боковая рентгенограмма, в – правая боковая линейная томограмма. Средняя доля и С8 инфильтрированы, в развилке средне- и нижнедолевого бронхов инородное тело высокой интенсивности (зуб)

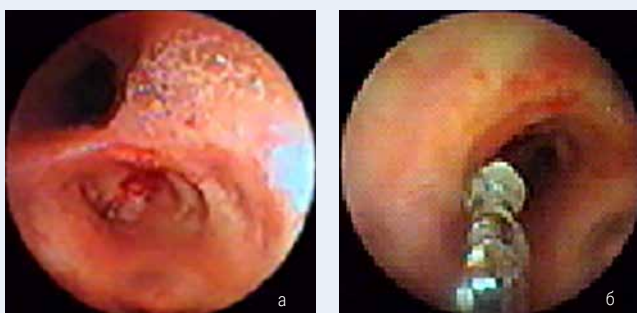


Рис. 12. Инородное тело полностью закрыто грануляциями (а), после разрушения грануляций инородное тело захвачено и извлечено (б)

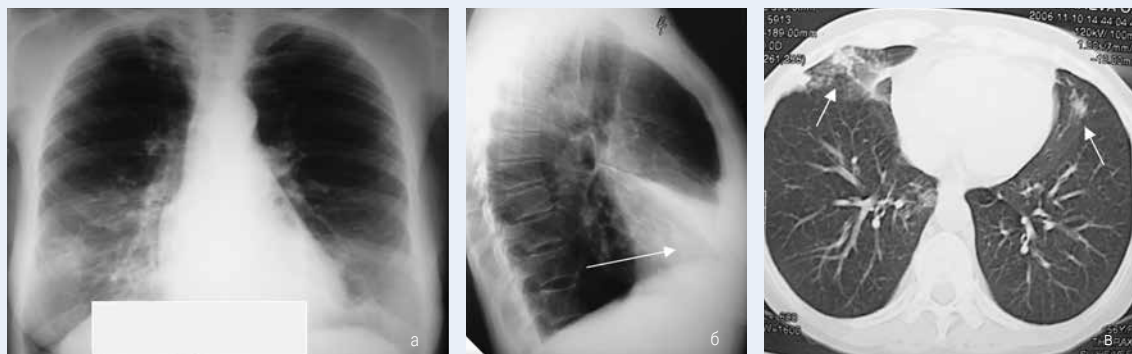


Рис. 13. Больная Ш.46 лет. СПИД. Инфильтративный туберкулез средней доли, специфический очаг в С5слева: а – прямая рентгенограмма, б - боковая рентгенограмма, в - СКТ. Инфильтрация средней доли и С5 левого легкого

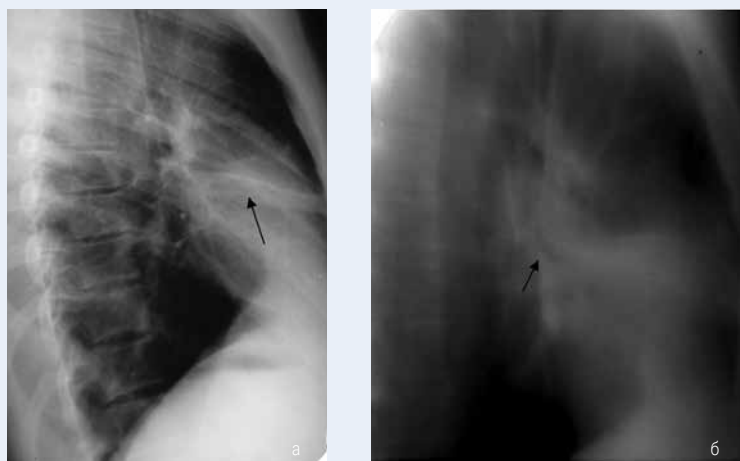


Рис. 14. Больной Ф.16 лет. Невринома средне- долевого бронха: а - правая боковая рентгенограмма, б - правая боковая томограмма. Средняя доля в ателектазе, «культя» средне- долевого бронха с четким прямым контуром

больным в течение двух месяцев. При рентгенологическом исследовании заподозрен центральный рак средней доли правого легкого. Во время бронхоскопии устье средне- долевого бронха сужено, слизистая в области сужения гладкая, блестящая, плотная при инструментальной пальпации. Взят бронхиальный смыв справа на атипические клетки и микобактерии туберкулеза. В смыве скопление мерцательного эпителия без атипии. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружена фиброзная ткань. Больному проведено четыре санационные бронхоскопии с положительным эффектом: одышка и кашель исчезли, гиперемия и отек слизистой уменьшились, секрет слизистый, в небольшом количестве. Через один месяц повторно выполнена бронхоскопия с биопсией – результат гистологического исследования биопсийного материала отрицательный. Через три месяца эндоскопиче-

ская картина прежняя. Во время бронхоскопического исследования взята биопсия. При морфологическом исследовании биопсийного материала картина плоскоклеточного неорогосевающего рака.

Как видно из представленного наблюдения, иногда сложно провести дифференциальный диагноз между строго ограниченным деформирующим бронхитом со стенозом устья бронха и перибронхиальной формой центрального рака легкого даже на основании комплексного рентгено-эндоскопического и морфологического исследований биопсийного материала. Только неоднократно повторенные биопсии помогли верифицировать диагноз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного обследований 123 пациентов установлено, что наиболее

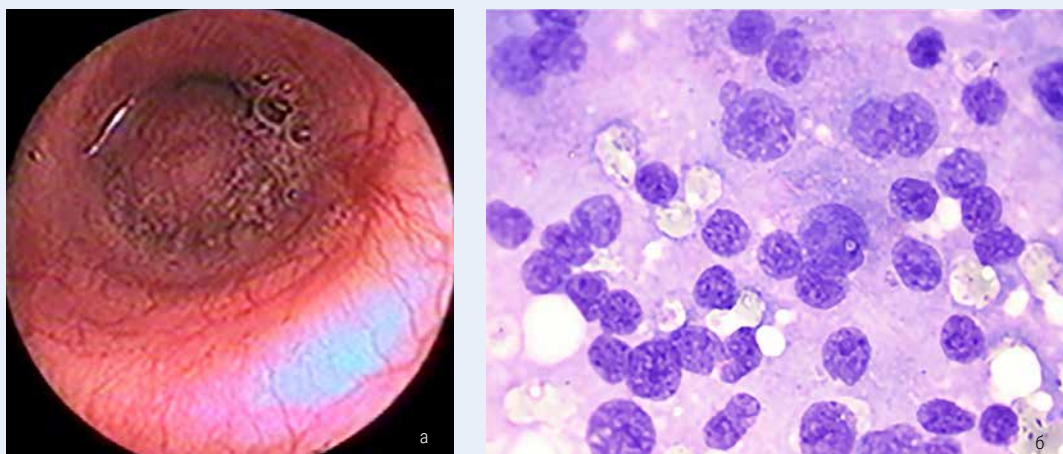


Рис. 15. Типичный карциноид промежуточного бронха справа: а - опухоль полностью обтурирует устье среднедолевого бронха; б - цитогарма - видны крупные ядра различной формы

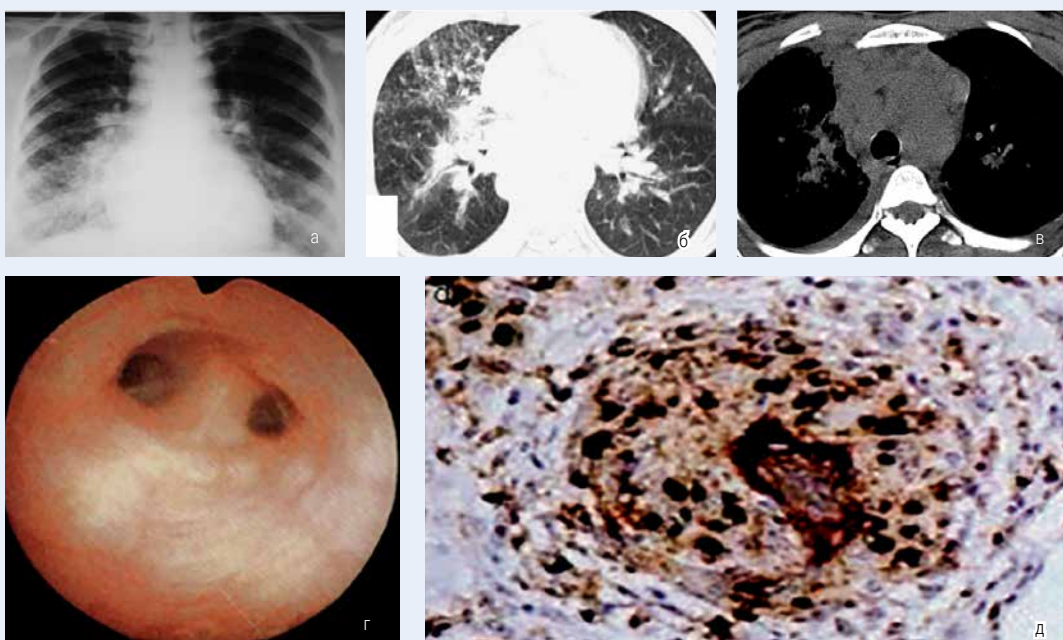


Рис. 16. Больной В., 34лет. Саркоидоз органов дыхания: а - прямая рентгенограмма; б, в - СКТ. В средней доле и С8 мелкоочаговые тени гранулем, двустороннее увеличение ВГЛУ; г - инфильтративное поражение слизистой оболочки специфической этиологии; д - морфологическое исследование биопсийного материала - гигантоклеточные эпителиодные гранулемы

часто синдром средней доли развивался у больных с воспалительными и нагноительными заболеваниями (89 пациентов – 72,4%). Благодаря проведенному комплексному обследованию диагноз был верифицирован у 99,2% больных. Пациентам с синдромом средней доли необходимо выполнять бронхоскопию не только для визуальной оценки состояния слизистой оболочки бронхов и вы-

полнения различных видов биопсий, но и для проведения лечения через эндоскоп с включением оперативных и санационных бронхоскопий и NO-терапии. Включение в комплексное лечение NO-терапии у пациентов с картиной бронхита III степени интенсивности воспаления способствовало сокращению сроков лечения на 2-3 сеанса лечебных бронхоскопий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чернеховская Н. Е., Федченко Г. Г., Черепянцев Д. П., Андреев В. Г., Иванова В. О. Синдром средней доли. Учебное пособие. М.: Российская медицинская академия последипломного образования. 1999. 20 с.
2. Непомнящих Г. И. Патологическая анатомия и ультраструктура бронхов при хроническом воспалении легких. Новосибирск: Наука. 1979.
3. Чернеховская Н. Е., Федченко Г. Г., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Рентгенография и бронхоскопия органов дыхания//М.: БИНОМ. – 2020. 253 с.
4. Кижаяев Е. В., Борисов В. И., Столбовой А. В., Чернеховская Н. Е. Рак легкого. – М.: БИНОМ. – 2015. – 144 с.
5. Туберкулез и внутренние болезни//Под ред. А. С. Свистуновой, Н. Е. Чернеховской. М.: Академия. 2005.
6. Симоненко В. Б., Дулин П. А., Маканин М. А. Карциноидные опухоли//Клиническая медицина. 1998. № 12. С. 57-59.
7. Andre S., Coreia G. M., Raposo M. Pulmonary carcinoid tumours//Breathe. 2006. V.2. P. 323-331.
8. Розенштраух Л. С., Рыбакова Н. И., Винер М. Г. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. М.: Медицина. 1987. 640 с.
9. Лукомский Г. И., Шулутко М. Л., Винер М. Г., Овчинников А. А. Бронхопальмонология. М.: Медицина. 1982. 399 с.
10. Чернеховская Н. Е., Шишло В. К., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Лимфатическая терапия в практической медицине. – М.: «МЕДпресс-информ». 2011. 135 с.
11. Ignarro L. J. Physiology and pathophysiology of nitric oxide//Kidney Intern. – 1996. – Vol. 49. – P. 52-55.
12. Северин Е. С., Муйжнек Е. Л., Северин С. Е. Концепция вторичных мессенджеров: от фундаментальных основ к клинической практике: монография. – М.: Лимитрейд График Групп. – 2005. – 336 с.
13. Руководство по применению аппарата «Плазон» в хирургической практике. М.: ФГПУ «Щербинская типография». – 2003. – 94 с.
14. Чернеховская Н. Е., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Лечебная бронхоскопия в комплексной терапии заболеваний органов дыхания. М.: «МЕДпресс-информ». 2011. 144 с.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РОССИИ И В ДРУГИХ СТРАНАХ

МОСКВА

Пинина Е. Ю., Пирогов С. С., Зарубина Н. Ю., Водолеев А. С., Карпова Е. С., Каприн А. Д.

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» МЗ РФ

THE DETAILS OF ENDOSCOPIC NURSE'S WORK IN RUSSIA AND IN OTHER COUNTRIES

Pinina E. Y., Pirogov S. S., Zarubina N. Y., Vodoleev A. S., Karpova E. S., Kaprin A. D.

P. A. Herzen Moscow oncology research institute, branch of National Medical Research Radiology Center, Ministry of Health of Russian Federation

РЕЗЮМЕ

Медицинская сестра эндоскопического профиля – поистине уникальный специалист в здравоохранении, сочетающий в себе как навыки обычной сестринской работы, так и умение работать с новейшим эндоскопическим оборудованием, знание особенностей различных эндоскопических исследований и вмешательств. Современная эндоскопия это уже не просто гастро- или колоноскопия. В настоящее время активно развиваются уточняющие эндоскопические диагностические методики, такие как узкоспектральная эндоскопия, эндомикроскопия и эндоцитоскопия, позволяющие осматривать слизистую оболочку исследуемого органа с увеличением до 1000 раз. Кроме того, большое значение приобрели и методы внутрипросветной эндоскопической хирургии, позволяющих как удалять рак на ранних стадиях опухолевого процесса, не прибегая к хирургическому вмешательству, так и осуществлять паллиативную помощь онкологическим больным. И во всех вышеописанных исследованиях и вмешательствах медицинская сестра эндоскопического профиля принимает непосредственное участие. Более того, в ряде стран мира медицинские сестры эндоскопии сами выполняют простые эндоскопические исследования. В то же время, такие, казалось бы, стандартные обязанности медицинской сестры эндоскопического профиля, как обработка эндоскопического оборудования, в большинстве стран мира выполняются выделенными техническими специалистами, а не медицинской сестрой. И, к сожалению, в нашей стране до настоящего времени не существует профессионального стандарта и сертификации медицинской сестры эндоскопии.

Ключевые слова: Медицинская сестра, эндоскопия, эндоцитоскопия, резекция слизистой оболочки, профессиональный стандарт

ABSTRACT

Endoscopy nurse in a unique specialist in healthcare, combining duties of routine nurse work and professional assistance for doctors in performing high-technology endoscopic examinations and treatment procedures with modern endoscopic equipment. For now, endoscopy is not only routine examinations of upper and lower GI tract. Novel endoscopy is fast evolving with modern technologies, such as high definition narrow-band imaging, confocal laser endomicroscopy and endocytoscopy, providing up to 1000 times magnification of mucosa. Moreover, endoscopic treatment procedures – endoscopic mucosal resection, submucosal dissection, endoscopic stenting and many more are widely used for treatment of early cancers and palliative care. Endoscopic nurse assists physician in all these examinations and procedures. Furthermore, in some countries, endoscopy nurse performs easy endoscopic examinations by herself. In most countries, but not in Russia, endoscopic equipment reprocessing performed by dedicated technical staff, not by endoscopy nurse. Unfortunately, in Russian Federation, in compare to other countries, there is no endoscopy nurse certification or professional guidelines.

Keywords: Endoscopy nurse, endocytoscopy, endoscopic mucosal resection, certification, professional guidelines

В диагностике и лечении опухолевых, предопухолевых и воспалительных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей эндоскопические методы имеют огромное значение. Важно отметить, что ранние формы рака вышеописанных органов (Рис. 1, Рис. 2) возможно выявить только с использованием эндоскопических технологий [1, 13].

И роль медицинской сестры при проведении эндоскопических исследований и вмешательств сложно переоценить. В Российской Федерации медицинская сестра осуществляет подготовку пациента к исследованию или операции, ассистирует врачу во время исследования и современных вмешательствах, наблюдает за пациентами после выполнения процедуры. Обработка эндоскопов и инструментов после эндоскопического исследования и ведение медицинской документации также осуществляет эндоскопическая медицинская сестра. В лечебных учреждениях других стран медицинские сестры выполняют и другие обязанности. К ним относятся: менеджмент эндоскопической службы, выпол-

нение седации при проведении исследований у пациентов с неотягощенным соматическим анамнезом, а также, в ряде государств, медицинская сестра эндоскопии самостоятельно выполняет и некоторые эндоскопические исследования.

В мире существует несколько крупных профессиональных сообществ медицинских сестер эндоскопического профиля: Европейское общество эндоскопических и гастроэнтерологических медицинских сестер (ESGENA), Американское общество гастроэнтерологических медицинских сестер и ассистентов (SGNA), Австралийский колледж гастроэнтерологических медицинских сестер (GENCA), Бельгийская ассоциация эндоскопических медицинских сестер (AIEVV), Ирландская ассоциация эндоскопических медицинских сестер (ISEN). Под эгидой этих сообществ регулярно публикуются клинические рекомендации, проводятся съезды и конгрессы.

Эндоскопия в 21 веке уже далеко ушла от фиброгастро- и фиброколоноскопии. Современные методы уточняющей эндоскопической



Рис. 1. Эндофото. Ранний рак желудка. Видеоэндоскопия высокого разрешения



Рис. 2. Эндофото. Ранний колоректальный рак. Хромоэндоскопия с индигокармином



Рис. 3. Эндофото. Эндоскопия в белом свете с высоким разрешением. Ранний рак желудка



Рис. 4. Эндофото. Узкоспектральная эндоскопия (NBI). Ранний рак желудка

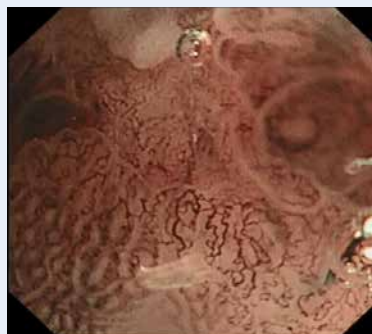


Рис. 5. Эндофото. Узкоспектральная эндоскопия с увеличением x150. Ранний рак желудка

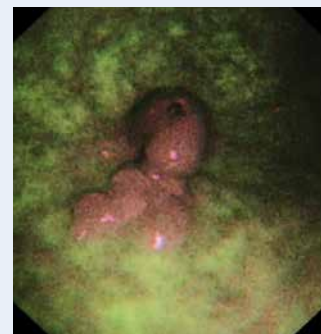


Рис. 6. Эндофото. Аутофлуоресцентная эндоскопия (AFI). Ранний рак желудка

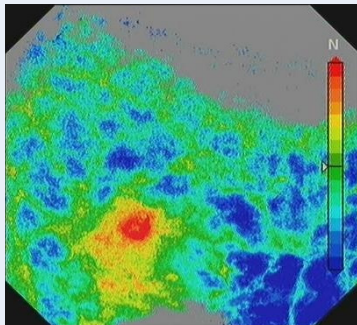


Рис. 7. Эндофото. Виртуальная цифровая спектроскопия (iNv). Ранний рак желудка



Рис. 8. Эндофото. Эндоскопическая ультразвукография (EUS). Ранний рак желудка

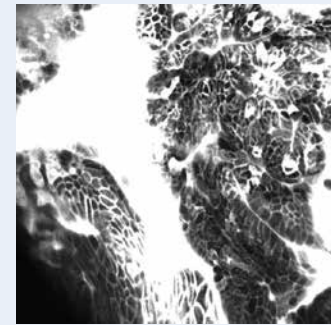


Рис. 9. Эндофото. Конфокальная лазерная эндомикроскопия (CLE) с увеличением x1000. Ранний рак желудка

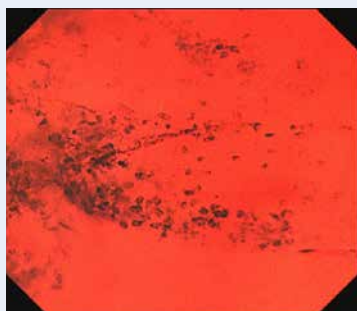


Рис. 10. Эндофото. Эндоцитоскопия (EC) x520. Ранний рак желудка



Рис. 11. Эндофото. Ранний рак желудка. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR)



Рис. 12. Эндофото. Ранний колоректальный рак. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое (ESD)

диагностики включают широкий спектр современных технологий – это и видеоэндоскопия высокого разрешения (Рис. 3), узкоспектральная эндоскопия (Рис. 4), эндоскопия с оптическим увеличением (Рис. 5), аутофлуоресцентная эндоскопия (Рис. 6), виртуальная цифровая спектроскопия (Рис. 7), ультразвукография, которая позволяет оценить структуру стенки органа (Рис. 8), а также методы эндоскопии сверхвысокого разрешения – конфокальная лазерная эндомикроскопия (Рис. 9) и эндоцитоскопия (Рис. 10), позволяющие осматривать в процессе эндоскопического исследования слизистую оболочку с увеличением до 1000 раз и визуализировать отдельные клетки и их ядра [3-5].

Но, в настоящее время эндоскопия – это не только диагностика. Это и огромный объем внутрипросветных эндоскопических лечебных методик, позволяющих удалять ранние формы рака без полостных операций. К ним относятся эндоскопическая резекция слизистой оболочки (Рис. 11), в том числе, с диссекцией в подслизистом слое (Рис. 12), фотодинамическая терапия (Рис. 13), аргон-плазменная коагуляция

(Рис. 14) и лазерная деструкция. Кроме того, эндоскопические технологии имеют большое значение и в паллиативной помощи онкологическим больным. Так, при стенозирующих формах рака с использованием эндоскопии выполняются: стентирование полых органов, дыхательных путей (Рис. 15) и внепеченочных желчных протоков, баллонная дилатация (Рис. 16), а у инкурабельных больных раком поджелудочной железы производится эндоскопический нейролизис чревного сплетения (Рис. 17), обеспечивающий стойкое купирование хронического болевого синдрома. Даже гастростомия, позволяющая восстановить энтеральное питание, особенно у пациентов с новообразованиями органов головы и шеи, в настоящее время, выполняется с использованием эндоскопических технологий (Рис. 18).

Эндоскопическая медицинская сестра принимает непосредственное участие в выполнении эндоскопических исследований и вмешательств, в также осуществляет наблюдение за пациентами после завершения эндоскопической операции. Она должна знать подходы к эндоскопической диагностике и лечению

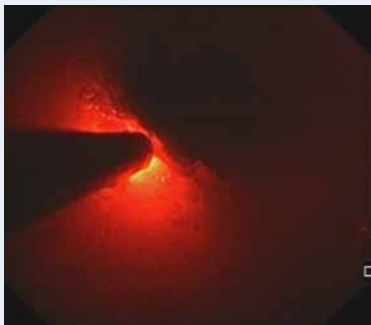


Рис. 13 Эндифото. Ранний рак пищевода. Эндоскопическая фотодинамическая терапия

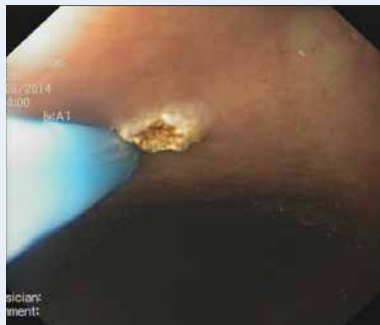


Рис. 14 Эндифото. Нейроэндокринная опухоль желудка. Эндоскопическая аргон-плазменная коагуляция

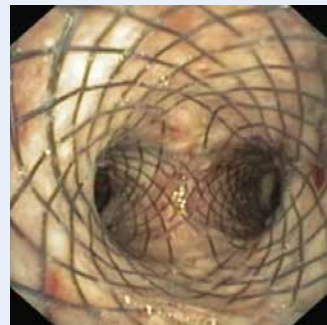


Рис. 15 Эндифото. Центральный рак легкого. Эндоскопическое стентирование трахеи и главных бронхов.



Рис. 16 Эндифото. Рубцовый стеноз анастомоза. Эндоскопическая баллонная дилатация

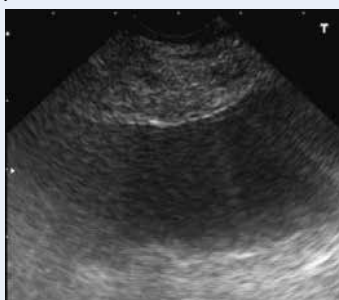


Рис. 17 Эндифото. Нейролизис чревного сплетения под контролем эндоскопической ультрасонографии

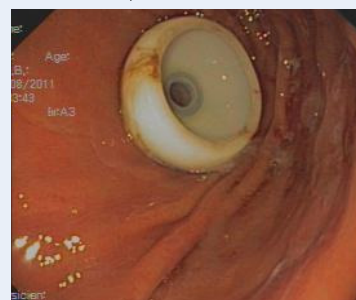


Рис. 18 Эндифото. Эндоскопическая гастростомия

различных заболеваний, распознавать и правильно интерпретировать возможные осложнения после эндоскопических вмешательств, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и пр., а также быстро и четко реагировать на все происходящее с пациентом. Безусловно, с учетом развития эндоскопических технологий и расширения спектра эндоскопических диагностических исследований и лечебных вмешательств, медицинская сестра должна понимать принципы функционирования высокотехнологичного эндоскопического оборудования.

В нашей стране медицинская сестра заполняет достаточно небольшое количество медицинских документов. В других странах на каждого пациента заполняется до 21 документа. В частности, в США, к ним относятся: сбор анамнеза, внесение результатов анализов, информированное согласие, протокол седации, фиксируются использованные оборудование и инструменты, заполняются все направления на цитологическое и гистологическое исследования, ведутся протоколы внутривенной общей анестезии препаратами короткого действия и послеоперационного наблюдения за паци-

ентами [6]. Это очень большой объем работы, который осуществляют минимум две медицинские сестры, принимающие участие в каждом исследовании/операции.

Мытье, обработку эндоскопического оборудования и многообразного инструментария в нашей стране осуществляет эндоскопическая медицинская сестра. В настоящее время этот процесс является многоступенчатым, включает в себя предварительную очистку внешних поверхностей эндоскопа промывку каналов, тест на герметичность и последующую дезинфекцию высокого уровня, осуществляемую с использованием автоматических моечных машин. Обработка выполняется с соблюдением всех норм эпидемиологической безопасности [24, 25]. Необходимо отметить, что такой подход значительно увеличивает нагрузку на медицинскую сестру и качественная обработка эндоскопов занимает не менее 30-40% её рабочего времени. В то же время, по данным Европейских авторов, по результатам анонимного опроса медицинских сестер о соблюдении санитарных норм в эндоскопии было выявлено, что в 75% случаях рекомендации полностью не соблюдаются,

что обусловлено именно большой нагрузкой на медицинских сестер [7]. В связи с этим, в ряде стран Европы, в Японии, США существуют специалисты, занимающиеся только обработкой эндоскопов и инструментария, они могут не иметь медицинского образования [21]. Зачем нужны эти специалисты? В настоящее время существует большое количество различных эндоскопов – необходимо знать устройство каждого эндоскопа и инструмента, знать устройство и принципы работы моечных машин для того, чтобы выполнить обработку, не навредив оборудованию. Эти специалисты по обработке эндоскопов выделены, в соответствии с рекомендациями Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) и Европейского общества эндоскопических и гастроэнтерологических медицинских сестер (ESGENA) [7].

Очень важный вопрос – необходимы ли результаты серологических анализов крови у пациентов при выполнении эндоскопического исследования? В Российской Федерации, согласно приказу МЗ РФ № 974н «Об утверждении правил проведения эндоскопических исследований» необходимость их не оговаривается [26]. И, таким образом, необходимость наличия анализов крови на ВИЧ, гепатиты В, С и RW определяется внутренними распоряжениями руководства различных лечебных учреждений. В то же время, согласно Европейским рекомендациям по обработке эндоскопов и инструментария, наличие результатов этих анализов у пациента настоятельно рекомендуется [7].

В последние годы всё большее количество эндоскопических исследований и подавляющее большинство внутрипросветных эндоскопических вмешательств выполняется под общей анестезией. Однако, в большинстве государств отмечается значительная нехватка врачей-анестезиологов [8]. Поэтому, в ряде стран Евросоюза, в Великобритании, в США было предложено выполнение внутривенной общей анестезии препаратами короткого действия (Пропофол) при эндоскопических исследованиях медицинскими сестрами эндоскопических отделений [10]. Безусловно, такие исследования выполняются только сертифицированными для этого, освобожденными от других обязанностей, медицинскими сестрами пациентам с неотягощенным соматическим статусом и только в учреждениях с наличием полноценной реаниматологической службы [10].

Представляется интересным, что, в ряде стран, медицинские сестры эндоскопического отделения самостоятельно выполняют и эндоскопические исследования. Первые данные об этом появились в конце 70-х годов прошлого века. Сначала начали выполнять ректосигмоскопии, позже – колоноскопии [17, 23].

В настоящее время во всем мире заболеваемость и смертность от колоректального рака очень высока и постоянно растет [2]. В то же время, в мире наблюдается нехватка врачей-эндоскопистов. Например, в Австралии, вследствие этого, более 100 тыс. пациентов в 2018 г. находились в очереди на проведение колоноскопии [9, 11]. Необходимость выполнения большого количества скрининговых исследований толстой кишки при недостатке врачей-эндоскопистов определило возможность выполнения этих исследований медицинскими сестрами эндоскопических отделений. Безусловно, эти медицинские сестры проходят обучение, получают сертификаты и стажировку – выполняют не менее 50 исследований под контролем опытного врача-эндоскописта [14]. В частности, в Великобритании, данная практика была внедрена еще в 1996-1998 гг., и, в настоящее время, 620 медицинских сестер эндоскопического профиля выполняют скрининговые ректосигмоскопию и колоноскопию [20]. В США американское общество гастроинтестинальной эндоскопии (ASGE) совместно с американским обществом гастроэнтерологических медицинских сестер и ассистентов (SGNA) также разрешили выполнение ректосигмоскопий сертифицированным медицинским сестрам, и, более 15% таких эндоскопических исследований выполняются именно ими [14]. А, по данным исследования из Нидерландов, результаты колоноскопий, выполняемых опытной эндоскопической медицинской сестрой, сравнимы с результатами колоноскопий, выполняемыми врачами – практически с равной частотой выявляются различные опухоли, невысока и частота осложнений. Высказывается даже мнение, что опытная медицинская сестра выполняет некоторые эндоскопические исследования лучше, чем начинающий врач [15]. Более того, в Великобритании – европейской стране с наименьшим охватом населения врачами-эндоскопистами, исследуется и возможность выполнения скрининговой эзофагогастроудоденоскопии медицинскими сестрами эндоскопического профиля [16, 22].

В то же время, в нашей стране медицинские сестры эндоскопического профиля даже не имеют специализированного сертификата и трудоустраиваются по специальностям «Операционное дело» или «Процедурная медицинская сестра», напрямую не имеющих отношения к эндоскопии. Специальности «медицинская сестра эндоскопии» в РФ нет. В сравнении с этим, в США существует специальность «эндоскопическая медицинская сестра» [18, 19], в Австралии ме-

дицинские сестры получают сертификаты для выполнения колоноскопий [11], в Великобритании – сертификат для выполнения внутривенной общей анестезии препаратами короткого действия [12]. Таким образом, в настоящее время представляется абсолютно очевидной необходимость разработки и внедрения профессионального стандарта медицинской сестры эндоскопического профиля и формирования соответствующих программ обучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каприн А. Д. [и др.]. Скрининг рака желудка: современные возможности и перспективы Москва: Издательский центр «ПРЕЗИДЕНТ», 2015. 125-132 с.
2. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) // МНИОИ им. П. А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии». 2019. С. 250.
3. Пирогов С. С. [и др.]. Первый опыт использования многофункциональной видеоэндоскопической системы последнего поколения для диагностики раннего рака желудка // Сибирский онкологический журнал. 2010. № Приложение 2.
4. Пирогов С. С. [и др.]. Конфокальная Лазерная Эндомикроскопия Диагностика Предраковых Состояний И Раннего Рака Желудка // Экспериментальная И Клиническая Гастроэнтерология. 2014. № 3 (103). С. 18-24.
5. Пирогов С. С. [и др.]. Эндоцитоскопия – Новый Метод Эндоскопического Исследования Органов Желудочно-Кишечного Тракта И Дыхательных Путей // Экспериментальная И Клиническая Гастроэнтерология. 2015. № 5 (117). С. 58-66.
6. Bean K. B. Development of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates Minimum Data Set: an evidence-based resource // Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates. 2005. № 1 (28). С. 56-58.
7. Beilenhoff U. [и др.]. Reprocessing of flexible endoscopes and endoscopic accessories used in gastrointestinal endoscopy: Position Statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology Nurses and Associates (ESGENA) – Update 2018 // Endoscopy. 2018. № 12 (50). С. 1205-1234.
8. Dubowitz G., Detlefs S., Kelly McQueen K. A. Global Anesthesia Workforce Crisis: A Preliminary Survey Revealing Shortages Contributing to Undesirable Outcomes and Unsafe Practices // World Journal of Surgery. 2010. № 3 (34). С. 438-444.
9. Duffield C. [и др.]. Nurse-Performed Endoscopy: Implications for the Nursing Profession in Australia // Policy, Politics & Nursing Practice. 2017. № 1 (18). С. 36-43.
10. Dumonceau J. – M. [и др.]. Non-anesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates Guideline – Updated June 2015 // Endoscopy. 2015. № 12 (47). С. 1175-1189.

11. Duncan N. [и др.]. Introduction of the Nurse Endoscopist Role in One Australian Health Service // *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. 2017. № 5 (40). С. 350-356.
12. Dunkley I. [и др.]. UK consensus on non-medical staffing required to deliver safe, quality-assured care for adult patients undergoing gastrointestinal endoscopy // *Frontline Gastroenterology*. 2019. № 1 (10). С. 24-34.
13. Fisher D. A. [и др.]. Role of endoscopy in the staging and management of colorectal cancer // *Gastrointestinal Endoscopy*. 2013. № 1 (78). С. 8-12.
14. Herron-Rice L. [и др.]. SGNA Guideline. Guideline for performance of flexible sigmoidoscopy by registered nurses for the purpose of colorectal cancer screening // *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. 2009. № 6 (32). С. 427-430.
15. Massl R. [и др.]. Comparing quality, safety, and costs of colonoscopies performed by nurse vs physician trainees // *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association*. 2014. № 3 (12). С. 470-477.
16. Meaden C. [и др.]. A randomized controlled trial comparing the accuracy of general diagnostic upper gastrointestinal endoscopy performed by nurse or medical endoscopists // *Endoscopy*. 2006. № 6 (38). С. 553-560.
17. Schroy P. C. [и др.]. Video endoscopy by nurse practitioners: a model for colorectal cancer screening // *Gastrointestinal Endoscopy*. 1988. № 5 (34). С. 390-394.
18. SGNA Practice Committee Role delineation of the Registered Nurse in a staff position in gastroenterology // *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. 2006. № 1 (29). С. 62-63.
19. SGNA Practice Committee Role delineation of the Advanced Practice Registered Nurse in gastroenterology // *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. 2006. № 1 (29). С. 58-59.
20. Shenbagaraj L. [и др.]. Endoscopy in 2017: a national survey of practice in the UK // *Frontline Gastroenterology*. 2019. № 1 (10). С. 7-15.
21. Shin J. E. [и др.]. Updates on the Disinfection and Infection Control Process of the Accredited Endoscopy Unit // *Clinical Endoscopy*. 2019. № 5 (52). С. 443-450.
22. Smale S. [и др.]. Upper gastrointestinal endoscopy performed by nurses: scope for the future? // *Gut*. 2003. № 8 (52). С. 1090-1094.
23. Spencer R. J., Ready R. L. Utilization of nurse endoscopists for sigmoidoscopic examinations // *Diseases of the Colon and Rectum*. 1977. № 2 (20). С. 94-96.
24. Методические указания МУ 3.1.3420-17 «Обеспечение эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств на желудочно-кишечном тракте и дыхательных путях» [Электронный ресурс]. URL: https://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=8091 (дата обращения: 22.12.2019).
25. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 08.06.2015 N20 «Об утверждении СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах» | ГАРАНТ [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/71145062/> (дата обращения: 22.12.2019).
26. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2017 г. № 974н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований» // *Российская газета* [Электронный ресурс]. URL: <https://rg.ru/2018/04/17/minzdrav-prikaz974-site-dok.html> (дата обращения: 22.12.2019).



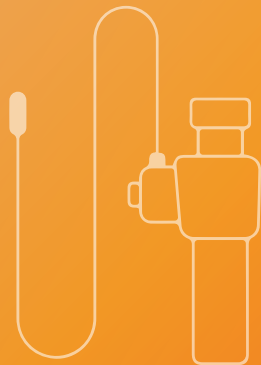
ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

научно-образовательный семинар
по эндоскопии пищеварительной системы



6 октября 2023 | Уфа

Республиканский онкологический диспансер



предварительная регистрация
ENDOSCOPIA.CLUB

Программный комитет:
Ассоциация «РЭНДО»
+7 (812) 635-65-64 | endo@rusendo.ru

Организационные вопросы:
ООО «ЦДКиС»
+7 (812) 635-70-15 | endo@cdkscenter.ru

ВОЗМОЖНОСТИ ХОЛАНГИОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

МОСКВА

Курданова М. Ю., Малихова О. А., Тимофеев М. Е., Имаралиев О. Т.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика генеза стриктур желчных протоков является сложной задачей, стоящей перед клиницистами. Все большую актуальность среди пациентов онкологического профиля при неуспешных попытках предшествующей морфологической верификации набирает применение холагиоскопии, в частности, системы SpyGlass. В представленном клиническом случае демонстрируются возможности холангиоскопии как метода непосредственной визуализации протоковой системы с возможностью выполнения биопсии под контролем зрения в верификации такой патологии как первичный склерозирующий холангит.

Первичный склерозирующий холангит – редкое заболевание желчевыводящих путей, требующее системного подхода в диагностике. Первоочередной задачей является выявление этиологии стриктур и ранняя диагностика холангиокарциномы.

Ключевые слова: первичный склерозирующий холангит, холангиоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, внутривенная биопсия.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В клинику обратился пациент И. 39 лет, с жалобами на боли в эпигастрии, слабость, зуд, пожелтение кожных покровов, лихорадку. Лабораторно наблюдались признаки холестатического синдрома. При проведении УЗИ-исследования органов гепатобилиарной

системы, в V, VI и IV сегментах печени определяются множественные плотные с акустической тенью смешанной эхогенности очаги, часть из которых веретенновидной формы, расположенных преимущественно по ходу внутривенных желчных протоков. Опухолевые маркеры СА 19-9, РЭА, а также IgG4 находились в пределах нормы. При проведении колоноскопии были исключены воспалительные заболевания – НЯК, Болезнь Крона. По данным МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (Рис. 1, 2): внутривенные желчные протоки умеренно неравномерно четкообразно расширены, заполнены неоднородным содержанием с наличием Т 1-гиперинтенсивных

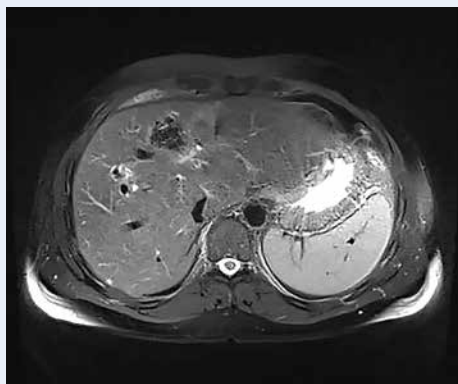


Рис. 1. МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием: внутривенные желчные протоки в обеих долях печени умеренно неравномерно фокально расширены, заполнены пигментными холангиолитами



Рис. 2. МРХПГ: внутрипеченочные желчные протоки четкообразного вида с наличием множественных стриктур, микролитов и балонных расширений

включений. Периферические отделы протоков при этом приобретают каплевидную и кистевидную форму. Нельзя исключить наличие внутрипротоковых папиллярных опухолей на фоне внутрипеченочного холангита, холангиолитиаза.

С целью определения генеза описанных изменений, на мультидисциплинарном консилиуме было принято решение о выполнении холангиоскопии с внутрипротоковой биопсией (Рис. 3-7). Транспапиллярно в просвет холедоха проведен холангиоскоп – система SpyGlass. Просвет нижней и средней трети свободно проходима, слизистая не изменена, визуализируется просвет пузырного

протока. Далее при проведении холангиоскопа проксимальней, визуализируется зона конfluence, сужение просвета в области устья левого долевого протока. Макроскопически признаков злокачественного поражения нет. Однако в просвете SIV и SVIII незначительное количество слизеобразного содержимого, следы светлой прозрачной желчи, слизистая на многих участках с неровной шероховатой поверхностью, белесоватого цвета, местами с легкой очаговой гиперемией, отмечается внутрипросветное расположение микроконкрементов размерами от 1мм до 4мм, некоторые из них фиксированы к стенке протока. Ввиду отсутствия как таковой доминантной стриктуры, необходимости в стентировании не было. Из наиболее измененных тканей выполнена внутрипротоковая биопсия под контролем холангиоскопии SpyGlass при помощи щипцов SpyBite. Взято 7 фрагментов.

Результат морфологического исследования звучал как, концентрический перидуктулярный фиброз желчных протоков с наличием лимфоплазмоцитарной инфильтрации, что свидетельствовало в пользу первичного склерозирующего холангита.

Пациент находился под наблюдением. Спустя 1 месяц ему повторно выполняется ЭРХПГ с биопсией, результаты которой оказались аналогичны первичной.

Таким образом, на основании ряда клинических данных, а именно: биохимических признаков холестатического синдрома не менее 6 месяцев, четкообразного расширения про-

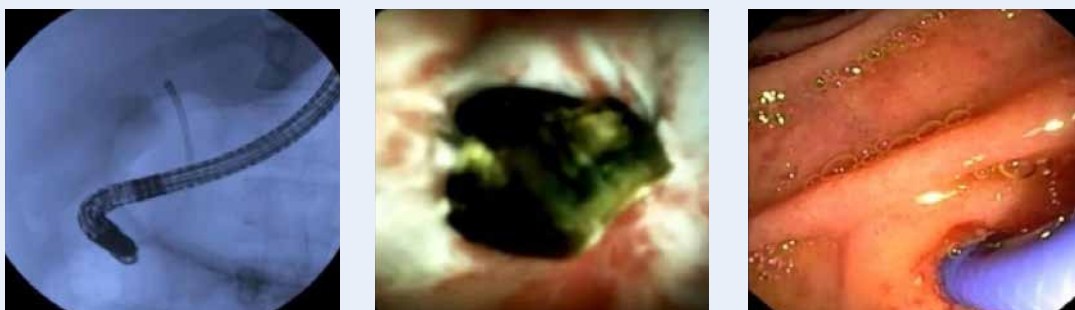


Рис. 3. (скица а, б, в) ЭРХПГ. а) рентгенологическое изображение, б) холангиоскопия: визуализируется внутрипротоковый конкремент, в) эндоскопическая картина

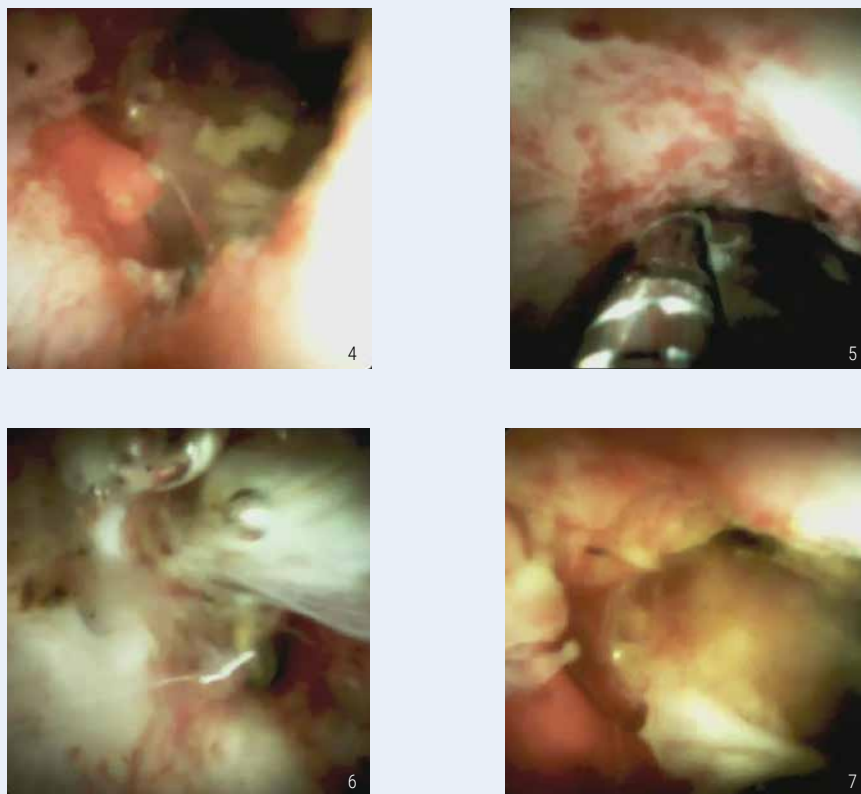


Рис. 4, 5, 6, 7. Холангиоскопическая картина: (4) эритема (5) изъязвления (6) фибриновый экссудат и (7) нерегулярная поверхность – характерные изменения при ПСХ в активной фазе воспаления

токов по данным МРТ, исключении вторичных причин, мимикрирующих под картину ПСХ, отсутствии IgG4-ассоциированных состояний (язвенный колит, Болезнь Крона), отрицательных результатов биопсий позволили высказаться в пользу первичного склерозирующего холангита, опровергнуть онкологический диагноз и направить пациента в специализированное учреждение. Учитывая потенциальный риск развития холангиокарциномы у пациентов с первичным склерозирующим холангитом, больной будет находиться под динамическим наблюдением.

Выводы

Первичный склерозирующий холангит не имеет четких диагностических критериев, верификация основана на комплексе клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических данных. Методика холангиоскопии позволяет выполнять прицельную биопсию измененных тканей под двойным (эндоскопическим и рентгенологическим) контролем, является эффективной и безопасной в дифференциальной диагностике опухолевого поражения желчевыводящих протоков.

ИНТРАМУРАЛЬНАЯ ДИСЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА – РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА У ДЕТЕЙ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Корниенко Е. А.¹, Бабаева У. М. К.², Павелец Н. К.²¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет² Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины

РЕЗЮМЕ

Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) характеризуется эндоскопическими признаками и выявлением более 15 эозинофилов в поле зрения при большом увеличении в биоптатах слизистой оболочки пищевода. Вследствие глубокого хронического эозинофильного воспаления, он может давать осложнения: стеноз пищевода, редко перфорацию. Интрамуральная диссекция пищевода (ИДП) – ранее не описанное осложнение ЭоЭ у детей.

Мы представляем случай ИДП у мальчика 15 лет, который клинически проявился внезапно возникшими на фоне ОРВИ болями в эпигастрии с иррадиацией в спину, тошнотой. По данным эндоскопии, КТ и рентгеноконтрастного исследования, обнаружен двуствольный пищевод с двумя полостями – собственно пищеводом и слепым «карманом», гистологически в котором обнаружена грануляционная ткань и активное воспаление с большим количеством нейтрофилов. При первоначальном гистологическом исследовании значимой эозинофильной инфильтрации в пищеводе не выявлено. Мальчик получил курс эзомепразола, повторно обследован через 6 мес. Рентгенологическая картина была прежней, а эндоскопически обнаружены характерные признаки ЭоЭ: продольные борозды и эрозии, поперечные кольца, сужение просвета пищевода. В средней трети по-прежнему сохранялась картина двуствольного пищевода, но уже без признаков острой отслойки,

а с плотной перегородкой между двумя полостями пищевода. Гистологически инфильтрат содержал более 50 эозинофилов в п/зр. Установлен диагноз: эозинофильный эзофагит, осложненный ИДП. Назначена строгая гипоаллергенная диета с исключением облигатных аллергенов, будесонид по 1 мг 2 раза в день в виде геля. Произведено эндоскопическое рассечение перегородки пищевода, проходимость его восстановлена.

Через 2 месяца на фоне продолжающейся медикаментозной терапии и диеты мальчик был обследован повторно. Жалоб не предъявлял, рентгенологически проходимость пищевода не нарушена. Эндоскопически пищевод свободно проходим, на месте операции имелась лишь небольшая складка, сохранялись продольные борозды и небольшие эрозии в нижней трети. Гистологически число эозинофилов значительно уменьшилось. Терапия продолжена.

Данный клинический случай демонстрирует возможность развития ИДП как осложнения ЭоЭ. Течение ЭоЭ может быть бессимптомным, а ИДП – первой манифестацией заболевания. Эндоскопическая картина двуствольного пищевода является следствием диссекции. Сочетание гипоаллергенной диеты, топических стероидов и эндоскопической септэктомии эффективно в лечении ЭоЭ с ИДП.

Ключевые слова: эозинофильный эзофагит, интрамуральная диссекция пищевода, двуствольный пищевод.

Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) становится все более частой проблемой, поражая преимущественно молодых людей и детей; распространенность его в западных странах составляет 1-5:10 000 [1, 2]. В Санкт-Петербурге число установленных случаев ЭоЭ у детей и подростков, по нашим данным, ежегодно удваивается, распространенность его в 2022г составила 5:100 000. Частота заболевания увеличивается в старших возрастных группах, средний возраст составляет 11,2±2г, доминируют мальчики. В 75% в анамнезе у детей с ЭоЭ имеются указания на проявления пищевой или респираторной аллергии.

ЭоЭ характеризуется хроническим иммунопатологическим воспалением пищевода, при котором гистологически в собственной пластинке слизистой оболочки пищевода (СОП) обнаруживают более 15 эозинофилов в п/з при большом увеличении [3]. В качестве основного механизма заболевания предполагается доминирующая роль сенсибилизации к пищевым аллергенам, но возможно сочетание с бытовой и пыльцевой сенсибилизацией [4]. Как правило, воспаление охватывает все отделы пищевода, распространяется на более глубокие его слои (подслизистый и мышечный) и сопровождается характерными эндоскопическими признаками, отличающими ЭоЭ от других форм эзофагита: продольные бороздки, бе-

лесый экссудат, поперечные кольца, сужение просвета пищевода [5]. Хроническое эозинофильное воспаление приводит к развитию фиброза, поэтому стеноз пищевода является наиболее частым осложнением ЭоЭ. Как редкие осложнения, описаны перфорация пищевода, синдром Бурхаве, ахалазия кардии. Болезнь может сопровождаться классическими симптомами эзофагита: изжогой, болью за грудиной, рвотой, но чаще протекает бессимптомно или манифестирует появлением дисфагии с застреванием куска твердой пищи в пищеводе, что может потребовать экстренной эндоскопии для его извлечения [5].

Мы описываем случай редкого осложнения ЭоЭ, который встретился в нашей клинической практике: Мальчик 15 лет (рост 184 см, вес 60 кг) поступил экстренно 07.12.2021г с жалобами на боли в эпигастрии и в грудном отделе позвоночника, затруднение при глотании воды. Тошноты не было, самостоятельно однократно вызвал рвоту.

Анамнез болезни: За 10 дней до госпитализации заболел ОРВИ с высокой температурой и ринореей в течение недели, получал симптоматическую терапию и азитромицин. Описанные боли и дискомфорт при глотании появились на 4 день ОРВИ и беспокоили в течение недели. Ранее подобных симптомов



Рис. 1. Компьютерная томография грудной клетки (стрелкой показан «карман» пищевода)

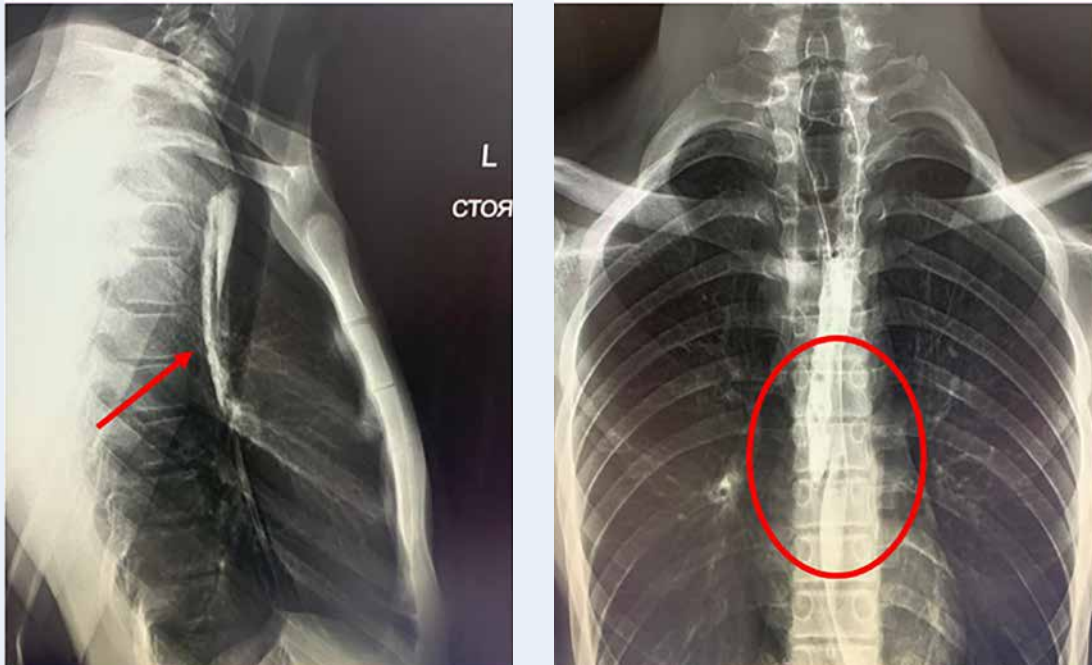


Рис. 2. Рентгеноконтрастное исследование пищевода № 1 (отмечен участок расслоения стенки пищевода с затеком контраста в слепой карман)



Рис. 3. Эзофагоскопия № 1: Двухствольчатый пищевод. Синехии в области дна слепого «кармана».

не отмечал, но в возрасте 4 лет был экстренно госпитализирован в связи с подозрением на инородное тело пищевода, но от ЭГДС отказался. Далее чувствовал себя нормально, боли и дисфагия не повторялись, рос и развивался по возрасту.

Страдает аллергией на кедровые орехи, аллергологом никогда не наблюдался, кожных или респираторных симптомов аллергии не отмечал. Болел редко, из детских инфекций перенес ветряную оспу. Привит по возрасту. Наследственность не отягощена.

Объективно при поступлении: состояние средней тяжести, температура нормальная, катаральных явлений со стороны носоглотки нет. Правильного телосложения, высокого роста, несколько пониженного питания. Кожа обычной окраски и влажности, без сыпи, язык обложен белым налетом. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 78 в мин. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, не вздут, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, без примесей, 1 раз в день. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический и биохимические анализы крови в пределах нормы.

Компьютерная томография грудной клетки (Рис. 1): Визуализируется дефект слизистой оболочки задней правой поверхности пищевода на уровне Th3, размерами до 19x4 мм, с формированием слепого кармана размером 87x4x10 мм. Достоверных КТ-данных за повреждение мышечной стенки пищевода не получено. Параэзофагеальная клетчатка неравномерно уплотнена. В легких очаговых, инфильтративных и объемных патологических изменений не выявлено.

Рентгеноконтрастное исследование пищевода (Рис. 2). Пищевод свободно проходим для водорастворимого контраста. Положение его обычное, контуры четкие, просвет не расширен. При прохождении раствора омнипака в средней трети пищевода определяется двойной контур слизистой оболочки справа на уровне ThIII-ThVIII. На этом же уровне через 2 мин после окончания прохождения раствора омнипака сохраняется депо контраста. На контрольных снимках через 15 мин депо не визуализируется, следы контраста определяются на рельефе слизистой оболочки. Рельеф слизистой остальных видимых отделов пищевода не изменен. Поступление раствора омнипака в желудок происходит без задержки. При проведении водно-сифонной пробы заброса контраста из желудка в пищевод не выявлено, следов контраста в просвете пищевода не выявлено. Контрастирован туго заполненный желудок.

ЭГДС (Рис. 3): Слизистая оболочка пищевода светло-розовая, с гладкой поверхностью, без видимых кровеносных сосудов подслизистого слоя. Кардио-эзофагеальный переход четкий, Z-линия имеет зигзагообразный ход, расположена на уровне ножек диафрагмы. В сред-

ней трети пищевода по задней стенке в 25 см от края зубов отслоение слизистой на 1/3 окружности с устьем в виде «двустволки», овальной формы, размером 4.0 x 1.5 см. Край дефекта плотные, неровные, ригидные, белеватого цвета. Дефект в виде кармана распространяется вдоль пищевода вниз по задней стенке на 10-12 см. Стенки «кармана» рыхлые, отечные, с грануляциями, местами покрыты фибрином, при контакте умеренно кровоточат. «Карман» слепо заканчивается клиновидным сужением, в котором находятся перетяжки. Выполнена биопсия из стенок «кармана», а также нижней и верхней трети пищевода.

Гистология: В биоптате нижней трети пищевода эпителиальный пласт многослойного плоского неороговевающего эпителия с вакуольной дистрофией отдельных эпителиоцитов и рассеянной гранулоцитарной инфильтрацией. Субэпителиальная строма фиброзирована, диффузно инфильтрирована лимфоцитами, плазмócитами с примесью эозинофильных лейкоцитов.

В биоптатах «кармана» пищевода гистологически определяется рубцующаяся грануляционная ткань с фокусом фибриноидного некроза толстостенными и тонкостенными кровеносными сосудами и густой нейтрофильной инфильтрацией. Устье кармана пищевода содержит эпителиальный пласт многослойного плоского неороговевающего эпителия, инфильтрированного нейтрофильными лейкоцитами; подлежащая строма рубцово трансформирована с гиалинозом с нейтрофильной воспалительной инфильтрацией.

На основании рентгенологических и эндоскопических данных, картины двуствольчатого пищевода со слепым «карманом», не имеющим слизистой оболочки, а покрытым грануляционной тканью, гистологически с признаками активного хронического воспаления, мы предположили, что на фоне хронического эзофагита произошла отслойка слизистой оболочки, то есть, интрамуральная диссекция пищевода. Причина патологии была не ясна, взяты анализы на скрытые инфекции, в том числе, вирусы герпетической группы. ПЦР были (-). Назначен короткий курс дексаметазона, амикацина, а также эзомепразол в дозе 40 мг/с. Выписан домой с улучшением.

Повторно поступил планово в июне 2022г без лечения. За прошедшие полгода отмечалась рвота однократно на фоне погрешности в ди-



Рис. 4. Рентгеноконтрастное исследование пищевода № 2. Стрелкой показан «карман» пищевода с небольшим затеком контраста

те, болей и дисфагии не было. Объективно при поступлении состояние удовлетворительное, без признаков патологии. Клинический и биохимические анализы крови в пределах нормы, незначительное повышение количества эозинофилов в крови – 6%.

Рентгеноконтрастное исследование пищевода № 2 (Рис. 4): Пищевод свободно проходим для раствора контраста (омнипак-300). Положение его обычное, контуры четкие, просвет не расширен. При прохождении контраста в средней трети пищевода, на уровне ThV-ThVII, по правому контуру, определяется карман длиной 61мм., шириной 4мм. с депо контраста, четкими и ровными контурами. Депо контраста сохраняется после прохождения перистальтической волны еще на протяжении 7 мин.

Эзофагоскопия № 2 (Рис. 5): Слизистая пищевода на всем протяжении умеренно ги-

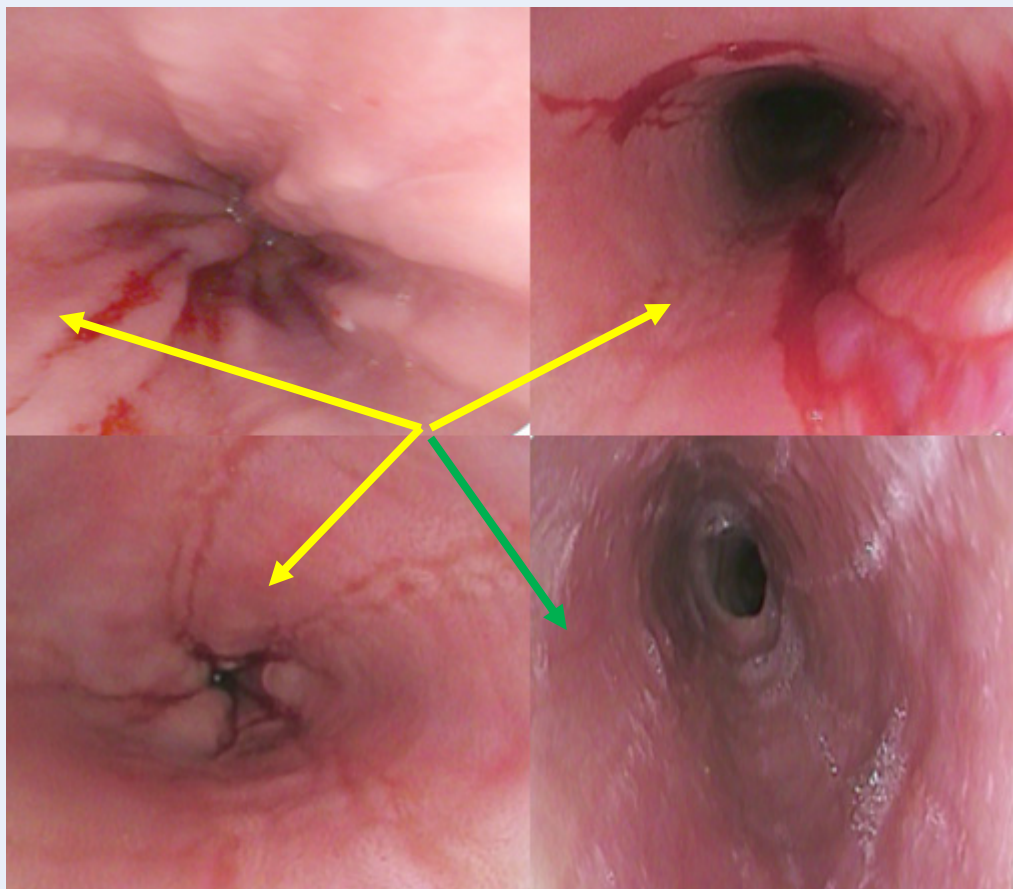


Рис. 5. Эзофагоскопия № 2. Признаки эозинофильного эзофагита (желтые стрелки – продольные борозды, отсутствие сосудистого рисунка, ранимость; зеленая стрелка – стриктура, белесый экссудат).

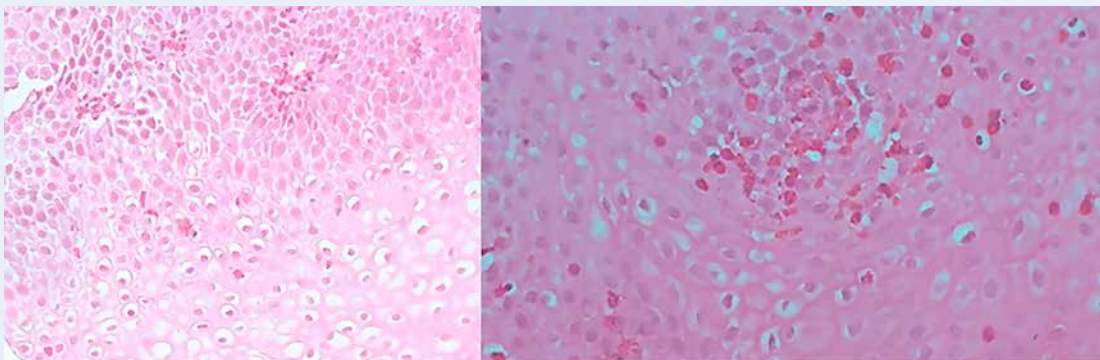


Рис. 6. Гистология № 2. Эозинофильный эзофагит



Рис. 7. Операция рассечения перегородки пищевода (стрелкой указана перегородка).

перемирована, неравномерно отечная с продольными бороздами и белесоватым экссудатом. На расстоянии 23-25см от краев загубника отмечаются циркулярные кольца, на 25-30 см – визуализируется бифуркация пищевода, с образованием «кармана» по задне-боковой стенке, овальной формы, d 0.5см, аппаратом 0.9см не проходим. Устье интенсивно отечно, умеренно гиперемировано, рыхлой консистенции. Просвет пищевода аппаратом d 0.9см с небольшим усилием проходим, в области перемирышки отмечается продольный надрыв слизистой вдоль «кармана». Сосудистый рисунок смазан. Кардио-эзофагеальный переход четкий, Z-линия имеет зигзагообразный ход, расположена на уровне ножек диафрагмы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Эндоскопическая картина эозинофильного эзофагита. Стриктура средней

трети пищевода (субкомпенсированная). Интрамуральная диссекция пищевода с формированием подслизистого кармана.

Гистология № 2: Биоптат слизистой пищевода представлен пластом многослойного плоского неороговевающего эпителия. Отмечается очаговая гиперплазия базального слоя, вакуольная дистрофия отдельных кератиноцитов. Стромальные сосочки узкие, достигают до 1/2 толщины эпителиального пласта, инфильтрированы лимфоцитами, эозинофильными гранулоцитами с примесью одиночных нейтрофильных лейкоцитов. Интраэпителиально определяется инфильтрация эозинофильными гранулоцитами, часть из которых с признаками дегрануляции, с трудом поддающихся подсчету (более 40-50 в п/зрения; объектив x40), с примесью немногочисленных лимфоцитов, нейтрофильных лейкоцитов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Эозинофильный эзофагит.

Учитывая данные эндоскопии и гистологии, установлен диагноз: *Эозинофильный эзофагит. Интрамуральная диссекция пищевода расценена как его осложнение.*

Проведено исследование общего и специфических иммуноглобулинов Е к пищевым и респираторным аллергенам методом ИФА. Общий IgE повышен в 12 раз (1432 ЕД/л), имеется очень высокая сенсibilизация к смеси деревьев (4 класс), средняя (2 класс) к смеси луговых трав, а также эпителию собак и кошек. Из пищевых аллергенов только морковь показала умеренную сенсibilизацию (2 класс). К остальным аллергенам сенсibilизации не обнаружено.

После постановки диагноза ЭоЭ начата терапия топическими стероидами (вязкий будесонид 1 мг 2 раза в день) на фоне строгой гипоаллергенной диеты и приема эзомепразола (40 мг/с).

Учитывая имеющееся осложнение, для устранения «кармана» пищевода проведена эндоскопическая операция рассечения перегородки (Q-нож Finemedix) между «карманом» и просветом пищевода на протяжении 4 см (операция выполнена А. А. Смирновым, заведующим Центром хирургической эндоскопии 1ГМУ им.И.П.Павлова). Проходимость пищевода была восстановлена.

Мальчик выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить нача-

тое лечение: гипоаллергенная диета, будесонид по 2 мг/с.

Планово обследован на фоне лечения через 2 месяца. Все это время чувствовал себя хорошо, жалоб не предъявлял. Объективно без патологии. Рентгеноскопия с контрастом патологии не выявила, прохождение контраста по пищеводу свободное, признаков расщепления нет.

Эзофагоскопия № 3 (Рис. 8): Пищевод свободно проходим. Слизистая его в средней и нижней трети отечна, с циркулярными кольцами и продольно ориентированными полосами. На расстоянии 30 см от резцов визуализируется складка слизистой полуциркулярной формы (состояние после оперативного вмешательства от 22.07.2022 г.), слизистая в этой области не изменена. В нижней трети множественными округлые, плоские эрозии d до 0.4 см и продольные белесоватые борозды. Z-линия имеет зигзагообразный ход, расположена на уровне смыкания ножек диафрагмы. Кардиальный жом смыкается полностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Эозинофильный эзофагит. Состояние после оперативного вмешательства. Улучшение.

Гистология № 3: В биоптатах пищевода гиперплазия базального слоя эпителия. Отмечается удлинение стромальных сосочков, местами практически до поверхности эпителиального пласта. Единичные сосочки узкие; в большинстве – расширены, с полнокровными капиллярами, пердиapedезом эритроцитов и оча-

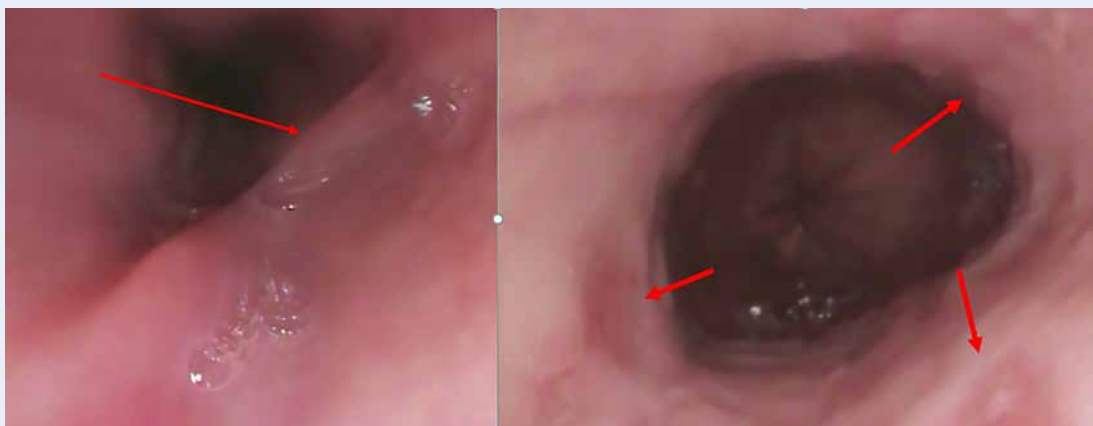


Рис. 8. Эзофагоскопия № 3. Стрелкой слева показана складка слизистой на месте перегородки, стрелки справа указывают на эрозии и бороздки

говыми кровоизлияниями. Строма сосочков отёчная с рассеянными лимфоцитами и эозинофильными лейкоцитами (2-4-6 в разных п/зрения, объектив x40). В подлежащей соединительнотканной стромы с диффузной лимфо-плазмоцитарной инфильтрацией с примесью дегранулирующих эозинофильных лейкоцитов (8-10 в п/зрения, объектив x40), местами распространяющихся на собственную мышечную пластинку пищевода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Эозинофильный эзофагит, улучшение.

Мальчик выписан с рекомендациями продолжить прием будесонида на фоне гипоаллергенной диеты.

ОБСУЖДЕНИЕ

ЭоЭ, несмотря на возрастающую частоту у детей, остается малоизученным заболеванием, о причинах, триггерах, клинических проявлениях и осложнениях которого известно далеко не всё. Развитие осложнения ЭоЭ в виде интрамуральной диссекции пищевода (ИДП) в детском возрасте в доступной нам литературе ранее не было описано. Удалось найти описания двуствольного пищевода («Double barrel esophagus»), диагностированный у взрослых [6, 7] и характеризовался, как и в нашем случае, формированием раздвоения просвета пищевода в виде двустволки, при котором один просвет был истинным пищеводом, а другой – ложным, слепо заканчивающимся. Авторы сообщения предполагали, что это результат травматизации вследствие разрыва слизистой оболочки пищевода и подслизистой гематомы [8-10], которые могут развиваться при неукротимой рвоте или резком повышении давления в грудной и брюшной полости при судорожном приступе, подъеме тяжестей, в родах, на фоне приема антикоагулянтов и т. д. [6,8]. ИДП была описана у взрослых как осложнение варикозного расширения вен на фоне цирроза печени [6], как следствие употребления алкоголя [7]. Есть указания и на возможную связь с инфекцией [7].

В нашем случае симптомы дисфагии, боли в грудном отделе позвоночника и эпигастрии появились у мальчика на фоне ОРВИ, что не исключает роль кашля, чихания, сморкания с усилением как причины повышения давления в грудной клетке. Однако даже при первом гистологическом исследовании в нижнем отде-

ле пищевода субэпителиальная строма была фиброзирована, диффузно инфильтрирована лимфоцитами, плазмócитами с примесью эозинофильных лейкоцитов, что свидетельствовало о хроническом неинфекционном воспалении пищевода. Но количество эозинофилов было небольшим, что не позволило установить диагноз ЭоЭ сразу. В биоптатах, взятых из «кармана» в области отслойки, и вовсе доминировала нейтрофильная инфильтрация, что подтверждало острый недавний характер повреждения. В литературе нам встретилось только одно описание двуствольного пищевода у 19-летнего юноши с ЭоЭ с 5-летней историей дисфагии и застревания пищи, у которого не было признаков недавней диссекции и острого воспаления, а перегородка между двумя просветами пищевода (истинным и ложным) была плотной, фиброзной, что потребовало проведения эндоскопической септэктомии [11]. Все остальные описанные случаи ИДП были острыми, поэтому утверждалось, что наличие фоновой хронической патологии пищевода совсем не обязательно, что ситуация эта возникает остро и иногда на фоне полного здоровья [4]. У пациентов внезапно появляются сильные боли за грудиной, дисфагия, иногда рвота. Возможно кровотечение, что требует дифференциальной диагностики с синдромом Мэллори-Вейсса, при котором рвота провоцирует разрыв слизистой оболочки кардиального отдела желудка. При спонтанной ИДП отслойка слизистой и подслизистой оболочки обычно описывается на 5-6 см выше кардии [4]. В нашем случае местом отслойки была средняя треть пищевода. Клиническая картина была достаточно яркой, но не сопровождалась рвотой и кровотечением.

При первом эндоскопическом исследовании нашего пациента вид раздвоенного просвета пищевода наводил также на мысль о возможном врожденном неполном удвоении, но отсутствие каких-либо нарушений глотания, рвот в анамнезе, прежде всего – в раннем возрасте, нормальное физическое развитие мальчика свидетельствовали против этого диагноза. Окончательно факт ИДП был подтвержден гистологически, поскольку в биоптатах из «кармана» не было слизистой оболочки, а была только грануляционная ткань с признаками активного воспаления.

Почему мы считаем, что именно ЭоЭ стал причиной ИДП? Ответ на этот вопрос был дан во время повторного обследования через пол-

года. Острый процесс, обусловленный отслойкой, стих, но признаки ЭоЭ, несмотря на курс антисекреторной терапии, усилились и стали абсолютно очевидными. Эндоскопически были обнаружены характерные признаки ЭоЭ: продольные борозды, циркулярные кольца, белесый экссудат, отек, ригидность и формирование стриктуры, гистологически в слизистой оболочке пищевода и более глубоких слоях обнаружена выраженная эозинофильная инфильтрация с дегрануляцией. Бифуркация пищевода и размеры «кармана» сохранялись прежними, в глубине его визуализировались синехии, то есть, признаков самостоятельного заживления на месте отслойки не наблюдалось. Появились признаки стриктуры пищевода. Это отличает течение данного осложнения при ЭоЭ от острой ИДП в результате других причин. В литературе указывается на высокую вероятность самостоятельного заживления места отслойки при условии покоя и полного парентерального питания [7]. Однако в случае отсутствия заживления и хронизации рекомендуется рассечение перегородки пищевода, что и было произведено в нашем случае. Самостоятельное заживление у нашего пациента было невозможно из-за сохраняющегося хронического активного эозинофильного воспаления, которое затрагивало не только слизистую оболочку, но и проникало в более глубокие слои пищевода.

Для эозинофильного воспаления, как известно, характерны глубина и склонность к фиброзированию, что объясняет формирование стеноза пищевода в исходе ЭоЭ. Эозинофилы выделяют активные субстанции, цитокины и сигнальные молекулы, которые не только поддерживают хроническое воспаление, но и активируют FGF – фактор роста фибробластов, что и объясняет склонность к формированию фиброза [2]. Невысокая активность воспаления объясняет скудность клинической симптоматики – отсутствие болей и изжоги. Симптомы дисфагии и вклинения кусков пищи появляются обычно лишь на этапе формирования ригидности и стеноза пищевода. В нашем случае у мальчика в возрасте 4 лет был эпизод застревания пищи. Нельзя исключить, что это было первой манифестацией ЭоЭ, но поскольку обследования в тот период проведено не было, доказать это не представляется возможным. Поскольку после этого в течение 11 лет никаких жалоб не было, можно сказать, что ЭоЭ протекал бессимптомно, и ИДП стала первой манифестацией заболевания.

Очевидное улучшение у нашего пациента было достигнуто на гипоаллергенной диете и топических стероидах (будесонид), при этом заживление затронуло и участок диссекции. Это подтверждает ведущую роль именно эозинофильного воспаления, а не дополнительных триггеров, как причины ИДП. Своевременная диагностика и терапия ЭоЭ – это единственный способ профилактики этого грозного осложнения.

Отдельного обсуждения требует спектр сенсибилизации при ЭоЭ. В литературе делается акцент на пищевые аллергены: белок коровьего молока, куриное яйцо, сою, пшеницу, орехи, рыбу [1, 2]. В нашем случае главенствующую роль играли респираторные аллергены. У мальчика обнаружена высокая сенсибилизация к пыльце деревьев и луговых трав, шерсти кошек и собак и умеренная лишь к одному пищевому аллергену – моркови. В этой связи, можно ожидать обострение ЭоЭ в период цветения растений и обсуждать возможность проведения специфической профилактики. Пока, согласно международным рекомендациям по лечению ЭоЭ, больные получают только гипоаллергенную диету с элиминацией 6 основных облигатных аллергенов. Следует ли прибегать к другим методам защиты от респираторных аллергенов, остается неясным. Для ответа на вопрос о длительности применения топических стероидов, индивидуализации элиминационных подходов, применении новых биологических препаратов для лечения ЭоЭ требуются дополнительные исследования. Их результаты позволят улучшить прогноз больных с ЭоЭ и нивелировать риск серьезных осложнений.

ВЫВОДЫ

- Эозинофильный эзофагит может стать причиной интрамуральной диссекции пищевода – не описанного ранее у детей осложнения этого заболевания.
- Интрамуральная диссекция пищевода визуализируется как двуствольный пищевод с формированием двух просветов – истинного и ложного, слепого.
- Гипоаллергенная диета, топические стероиды в сочетании с эндоскопической септэктомией – эффективный способ лечения эозинофильного эзофагита с интрамуральной диссекцией пищевода

ЛИТЕРАТУРА

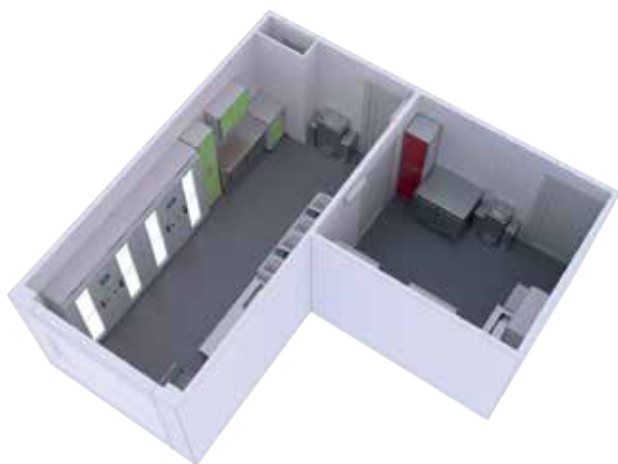
1. Hruz, P.; Straumann, A.; Bussmann S. et al. Escalating incidence of eosinophilic esophagitis: A 20-year prospective, population-based study in Olten County, Switzerland. – *J. Allergy Clin. Immunol.* 2011, v.128, p.1349-1350.e5.
2. Al-Horani, R.A.; Chiles, R. First Therapeutic Approval for Eosinophilic Esophagitis. – *Gastroenterol. Insights* 2022, 13, 238-244. <https://doi.org/10.3390/gastroent13030024>
3. Dellon, E.S.; Gonsalves, N.; Hirano, I.; Furuta, G.T.; Liacouras, C.A.; Katzka, D.A. ACG Clinical Guideline: Evidenced Based Approach to the Diagnosis and Management of Esophageal Eosinophilia and Eosinophilic Esophagitis (EoE). – *Am. J. Gastroenterol.* 2013, 108, 679-692.
4. Liacouras, C.A.; Furuta, G.T.; Hirano, I.; Atkins, D.; Attwood, S.E.; Bonis, P.A.; Burks, A.W.; Chehade, M.; Collins, M.H.; Dellon, E.S.; et al. Eosinophilic esophagitis: Updated consensus recommendations for children and adults. – *J. Allergy Clin. Immunol.* 2011, 128, 3-20.e6.
5. Furuta, G.T.; Katzka, D.A. Eosinophilic Esophagitis. *N. Engl. J. Med.* **2015**, 373, 1640-1648.
6. Marfa ni G. M., Kashikar S. V., Singhanian S. Double barrel oesophagus – a case report. – *J. Clin Diagn. Research*, 2018, v.12(8), TD01-TD02.
7. Sethi S. S., Sachdeva S., Singh A. K. Double-barrel esophagus: deglutition at the crossroads – *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 2022, v.2: e1.
8. Hsu C.C, Changchien C.S. Endoscopic and radiological features of intramural esophageal dissection. – *Endoscopy*. 2001; v.33: p.379-81.
9. Young CA, Menias CO, Bhalla S, Prasad SR. CT features of esophageal emergencies. – *Radiographics*. 2008; v.28: p.1541-53
10. Cullen SN, McIntyre AS. Dissecting intramural haematoma of the oesophagus. – *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2000; v.12(10): p.1151-62.
11. Jose S. G. Endoscopic management of eosinophilic esophagitis – *Endoscopy*, 2020, v.52, E316-E317.

Организация современного эндоскопического отделения

Одной из самых непростых задач является организация современного эндоскопического отделения.

В связи с широким спектром проводимых малоинвазивных исследований – эндоскопическое отделение стало превращаться в гибридный формат, что крайне усложняет выполнение необходимых санитарно-эпидемиологических условий на эксплуатируемых (не всегда достаточных) площадях МО.

Создание эндоскопического отделения всегда носит индивидуальный характер и для выполнения качественной, эффективной, безопасной работы, требует разработки технологических и планировочных решений с описанием условий их реализации. Монтаж, подключение, гарантийное и пост-гарантийное обслуживание осуществляется специалистами лицензированного сервисного центра компании.



Наши специалисты окажут квалифицированную помощь в планировке эндоскопического отделения, моечно-дезинфекционного помещения, в подборе оборудования в соответствии:

С нормативными документами (СанПиН 3.3686-21, МУ 3.1.3798-22, СП 2.1.3678-20)

С учётом деления на зону окончательной очистки и зону ДВУ и хранения

С учетом имеющихся площадей и загруженности



Эффективное решение хранения гибких эндоскопов в асептической среде.

Качественное изделие
Российского производства



Соответствует стандарту EN 16442.

Семейство шкафов КлинБОКС

Топ исполнения



КлинБОКС-3



КлинБОКС-6



КлинБОКС-12

На стадии получения РУ в
Росздравнадзор

Проходные и стационарные
модели



КлинДез

Весь спектр решений для гибкой эндоскопии

111024, Москва, 5-я Кабельная ул., 2сб, офис 32

+7 (495) 741-54-42

www.cleandez.store

info@cleandez.ru

vk.com/cleandez.moscow

УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

МОСКВА

Красюков А. В.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко

Ключевые слова: деятельность медицинских сестер, психическое здоровье, цель устойчивого развития 3, устойчивое развитие.

Участие медицинских сестер в профилактике расстройств психики и возможности повышения их вклада в организацию этой помощи в настоящее время является чрезвычайно актуальным на фоне участия медицинского сообщества мира в целом, и Российской Федерации в частности, в реализации достижения целей устойчивого развития.

Цели устойчивого развития (ЦУР) были поставлены ООН на период до 2030 г. [29] для решения проблем мирового и национального развития. Все члены ООН, включая РФ, реализуют ЦУРы по наращиванию экономического роста, социальному развитию в таких отраслях социальной сферы, как образование, здравоохранение, социальная защита и трудоустройство, а также по защите окружающей среды. Всего таких целей в настоящее время сформулировано 17.

В рамках данного исследования мы анализируем участие медицинских сестер в достижении Цели 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте», которая направлена на способствование формированию здорового образа жизни и на содействие «благополучию для всех в любом возрасте – важные составляющие устойчивого развития» [30].

В мире наблюдается вызванный разными факторами беспрецедентный кризис в области охраны здоровья. Одним из показателей кри-

зисной ситуации является рост психических расстройств [25].

В этой связи требуется системный подход к раннему выявлению состояний психоэмоционального напряжения и к профилактике расстройств психики. И особую роль в этой лечебно-профилактической деятельности играют медицинские сестры разных специальностей, которые работают в амбулаторных, стационарных звеньях, и оказывающих первичную, многопрофильную и специализированную помощь населению. Развитие компетенций медицинских сестер и, опосредованно, эффективность функционирования медицинской организации будут являться частями общей системы мер, способствующих профилактике расстройств психики и повышению уровня психического здоровья.

ВОЗ рассматривает «психическое здоровье» как «состояние психического благополучия, которое позволяет людям справляться со стрессовыми ситуациями в жизни, реализовывать свой потенциал, успешно учиться и работать, а также вносить вклад в жизнь общества. Это неотъемлемый компонент здоровья и благополучия, который лежит в основе наших индивидуальных и коллективных способностей принимать решения, строить отношения и формировать мир, в котором мы живем. Психическое здоровье – это одно из основных прав человека. Кроме того, оно имеет решающее значение для личного, об-

щественного и социально-экономического развития» [24].

Дефиниция «психическое здоровье» на протяжении нескольких десятилетий входит в круг интересов научного сообщества в России и за рубежом. В табл. 1 представлены основные трактовки данного понятия.

Обобщая представленные определения рассматриваемой дефиниции в трактовке разных научных школ, можно сделать вывод, что к пониманию психического здоровья исследователи подходят и как к явлению, и как к процессу.

Поскольку ЦУР 3 связана с достижением и психического здоровья, следует определить, с каких позиций мы будем определять «психическое здоровье». В нашей статье к психическому здоровью мы подходим как к собирательному емкому понятию, рассматривая его как необходимую поддержку допустимого уровня стресса для каждого индивида, который поддерживается благодаря мерам профилактики на основе специальных профессиональных действий.

Важно, что эти профилактические действия будет осуществлять не врач, а, в идеале, медицинская сестра общей практики на основе

Табл. 1. Трактовки дефиниции «Психическое здоровье»

№	Автор	Трактовки дефиниции «Психическое здоровье»
Отечественные исследователи		
1	О.А. Климонтова [10]	Устойчивая основа для реализации своего потенциала человеком и формирования у него умения благополучно бороться со стрессовыми ситуациями.
2	О.В. Лебедева [12]	Способность человека быть психически уравновешенным, что позволяет ему быть активным в любых профессиональных и социальных ситуациях
3	Н.А. Лызь [13]	Психическое здоровье характеризуется согласованным проявлением всех психических функций, что обеспечивает ему стабильное чувство комфорта и целенаправленную профессиональную и социальную деятельность.
4	Н.Н. Уланова [21]	Для человека, обладающего нормальным психическим здоровьем, характерны такие качества как целостность личности, постоянство, критичность к себе, адекватность психических реакций, самоуправляемость, организованность и адаптируемость
5	Е.А. Сергиенко [18]	Динамическое равновесие психических функций, которые позволяет человеку не только эффективно адаптироваться к окружающей среде, а также активно проявлять заложенный природой потенциал.
6	Г. С. Никифоров [14]	Существует три уровня организации психического здоровья: биологический, психологический и социальный. Первый их них включает динамичное взаимодействие и взаимовлияние функций всех систем организма, которые позволяют человеку адаптироваться к окружающей среде. Второй - психическое состояние рассматривается через систему психических свойств и функций. Третий из них предполагает взаимодействие человека с обществом благодаря уравновешенному психическому и физиологическому состоянию.
Зарубежные исследователи		
7	Г. Аммон [6], [34]	Психическое здоровье надо понимать не просто как статически хорошее самочувствие, а как динамически развивающееся событие. Быть психически здоровым — значит быть способным к развитию
8	Э. Фромм [23]	Характеризуется способностью к любви и созиданию, освобождением от кровосмесительной привязанности к роду и земле, чувством тождественности, основанном на переживании своего «Я» в качестве субъекта и реализатора собственных способностей, осознанием реальности вне нас и в нас самих, т. е. развитием объективности и разума.
9	С. Гроф [8; 9]	Характеризуется ориентацией на социальную общность, культуру в эго-психологии
10	В. Франкл [22]	Включил в определение влияние социальных условий, исторического отрезка времени на состояние общественного психического здоровья, причем общество может способствовать, а может противостоять здоровому развитию человека, что скажется на состоянии общественного психического здоровья.

индивидуального подхода к пациенту. Это будет способствовать снижению уровня развития психических патологических состояний, сопряженных со значительным дистрессом, и повышать тем самым уровень психического благополучия и достижения Цели 3 устойчивого развития.

Противоположностью психического здоровья являются психические расстройства. Психические расстройства, проявляются нарушениями когнитивных функций, эмоциональной регуляции или поведения человека. Обычно они сопровождается дистрессом или серьезными функциональными нарушениями.

По данным ВОЗ [28] по состоянию на 8 июня 2022 г. наблюдается рост психических заболеваний, что выражается в том, что более 12% человечества (примерно 970 миллионов человек), имеют расстройства психического здоровья, которое сопровождается патологическими изменениями мышления и социального поведения.

В настоящее время в мире не существует единой общепризнанной классификации психических болезней. Согласно «Руководству по психиатрии» под редакцией А. С. Тиганова [17] имеются национальные классификации (выработанные в отдельной национальной системе здравоохранения в рамках собственных науч-

ных школ психиатрии) и разработанная ВОЗ Международная классификация болезней.

Основные типы нарушения психического здоровья представлены на Рис. 1.

В период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 наблюдался всплеск числа страдающих тревожными и депрессивными расстройствами. По данным ВОЗ [37; 38] наблюдаемый рост тревожных расстройств на 26%, а рост депрессивных расстройств – на 28%.

Основные направления влияния пандемии на различные аспекты системы организации психического здоровья и рост заболеваемости в рассматриваемой сфере отражены на рис. 2.

В Табл. 2 отражены основные виды психических расстройств.

Современная медицина имеет большой набор эффективных методов профилактики и лечения пациентов с проблемами психического здоровья, но из-за недостаточной доступности этих средств, и нарушением прав человека (по версии ВОЗ) у большинства больных имеются трудности с получением медицинской помощи.

Какую работу проводят медицинские сестры сейчас, и каким образом можно расширить их



Рис. 1. Основные типы нарушения психического здоровья [17]



Рис. 2. Влияние пандемии COVID-19 на различные аспекты системы охраны психического здоровья [36]

Табл. 2. Основные виды психических расстройств

№	Расстройства	Кол-во заболевших в мире	Характеристика
1	Тревожные расстройства	301 млн больных, из них 58 млн детей и подростков	Характеризуются наличием страха, имеются нарушения поведения. Симптомы приводят к дистрессу или существенным функциональным нарушениям.
2	Депрессия	280 млн человек, из них 23 млн детей и подростков	Ухудшение настроения, грусть, раздражительность, чувство опустошенности, возможность потери интереса к занятиям в течение двух недель подряд. Наблюдается снижение концентрации, патологическое чувство вины, низкая самооценка, отсутствие веры в будущее, нарушения сна, сильнейшая усталость, упадок сил.
3	Биполярное расстройство	40 млн человек	Чередование депрессивных и маниакальных симптомов, ухудшение настроения, грусть, раздражительность, прилив сил и чрезмерное стремление к деятельности.
4	Посттравматические стрессовые расстройства	Нет данных	Высока вероятность этих заболеваний в странах, затронутых вооруженными конфликтами и связаны с ситуацией опасности. Характерны: <ul style="list-style-type: none"> • навязчивые воспоминания; • избегание мыслей о событиях и избегание людей, напоминающих о событиях; • постоянное ощущение угрозы. Симптомы сохраняются в течение как минимум нескольких недель.
5	Шизофрения	24 млн человек, или каждый из 300 человек в мире	Нарушения в восприятии реальности и изменениями поведения; бредовые идеи, галлюцинации, дезорганизованное мышление, устойчивые когнитивные нарушения.
6	Расстройства пищевого поведения	14 млн человек, в том числе 3 млн детей и подростков	Нервная анорексия и нервная булимия, отклонения приема пищи и озабоченностью едой, выраженное беспокойство по поводу веса и внешнего вида. Значительный риск злоупотребления психоактивными веществами, появление суицидальных мыслей.
7	Асоциальное поведение и диссоциальные расстройства	40 млн человек, в т.ч. дети и подростки	Постоянные поведенческие нарушения, провокационное или враждебное поведение, нарушение основных прав других людей или общественных норм. Асоциальные и диссоциальные расстройства чаще начинают развиваться в детском возрасте.
8	Нарушения развития нервной системы	Нет данных	Поведенческие и когнитивные расстройства, трудности в приобретении и реализации отдельных мыслительных, моторных, речевых или социальных навыков; нарушения умственного развития, расстройства аутистического спектра и синдром дефицита внимания и гиперактивности практических навыков в повседневной жизни. Различные степени трудностей в социальной коммуникации и взаимодействии.

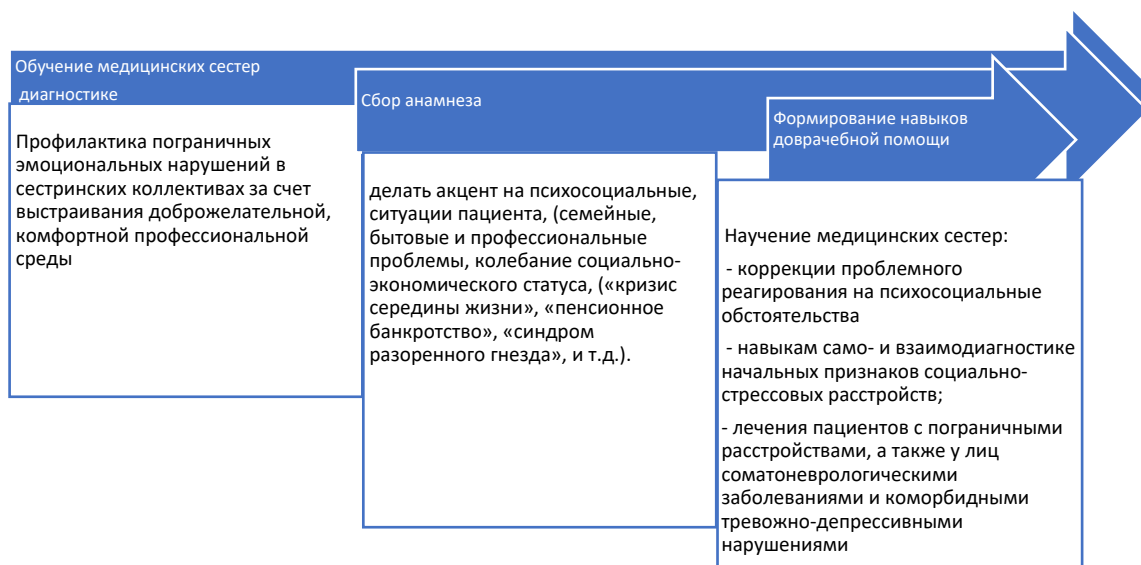


Рис. 3. Основные задачи медицинских сестер в области поддержания психического здоровья

профессиональную активность в рассматриваемой области профилактики?

На Рис. 3 показаны основные направления деятельности, согласно которым можно активнее привлекать медицинских сестер в поддержку психического здоровья и реализации цели 3 ЦУР.

ВОЗ также выработала меры в области поддержания психического здоровья, которые отражены в соответствующем документе [11] (Рис. 4).

Перечисленные цели и меры ВОЗ рекомендует преломлять к национальным системам здравоохранения и подключать к их реализации не только врачей, но и медицинских сестер, что значительно расширит возможности реагировать на рост рассматриваемого вида заболеваний, поскольку имеется большой разрыв между возможностью предоставления такой помощи и потребностями, и национальные системы здравоохранения «..еще не отреагировали адекватным образом на бремя психических расстройств» .

В РФ уже много сделано в плане решения вопросов по охране психического здоровья и профилактике заболеваний в рассматриваемой сфере. Так, были приняты и реализуются ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ [2] и ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав гражд-

дан при ее оказании» от 02.07.1992 №3185-1 [1]; а также Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года [3].

В настоящее время разработан проект Стратегии охраны психического здоровья до 2025 года [31]. В этом документе была принята попытка определить основные принципы развития и совершенствования системы оказания психиатрической помощи с учетом рекомендаций ВОЗ.

Интерес представляют и направления совершенствования систем стандартизации и оценки качества оказания психиатрической помощи. Так были приняты соответствующие приказы Минздрава России [4]. Важно отметить, что в этих документах выделены три вида медпомощи в рамках рассматриваемой группы заболеваний: первичная медико-санитарная, специализированная и скорая.

В Комплексном плане действий в области психического здоровья до 2030 года отмечается, что «численность специализированного медперсонала и медперсонала общего профиля, занимающегося вопросами психического здоровья, в странах с низким и средним уровнем дохода крайне недостаточна» [11].

В этой связи рассмотрим возможность распространения работы медицинских сестер с пациентами с психическими расстройствами не просто на основании их деятельности

по осуществлению ухода за пациентом по своей основной специальности, а именно деятельности медицинских сестер, которая является системой разных видов сестринского вмешательства как в охрану психического здоровья отдельного человека, а также его семьи или групп населения. Иными словами, медицинские сестры, не специализирующиеся на направлении психиатрии, могут и должны включаться в сестринскую деятельность по работе с пациентами, имеющими признаки психических заболеваний.

Деятельность медицинских сестер по охране психического здоровья и профилактике психических расстройств предусматривает все функции управления – планирование мер профилактики, их организацию и контроль результатов. Иными словами, именно медицинские сестры совместно с другими специалистами способны определять и решать задачи по определению видов ухода за пациентами с признаками психических заболеваний; и проводить оценку результатов этой деятельности.

Таким образом, расширение продуманных мер деятельности медицинских сестер по охране психического здоровья пациентов с психиатрическими расстройствами или заболеваниями позволит, с одной стороны, частично снять проблему нехватки медицинских кадров, специализирующихся на психиатрии,

с другой стороны, снизить нагрузку самих врачей, а также сократить расходы и повысить экономический эффект управления здравоохранением.

Мера по привлечению к работе с пациентами с психическими расстройствами медицинских сестер непсихиатрической специализации, позволит снизить стоимость лечения психических заболеваний, поскольку профилактика и инвестиции в лечение депрессии и тревожных расстройств окупаются в четырехкратном размере. По данным ВОЗ, на один израсходованный доллар США на профилактику депрессии и тревожных расстройств, приходится четыре доллара прибыли [27]¹.

Сестринская деятельность в психиатрии в нашей стране впервые была описана в учебнике для средних медицинских учебных заведений «Психиатрия», вышедшем в 2008 году (авторы О. Ф. Ерышев, А. М. Спринц и др.) [19], в котором освещены основные положения сестринской деятельности применительно к каждому психическому заболеванию.

¹ Вывод делается на основе нового исследования, проведенное под руководством ВОЗ и нацеленное на оценку положительных аспектов профилактики наиболее распространенных форм психических болезней в глобальных масштабах не только для здоровья, но и для экономики. Результаты опубликованы в журнале «The Lancet Psychiatry», убедительно свидетельствуют в пользу расширения мер по профилактике психических заболеваний.

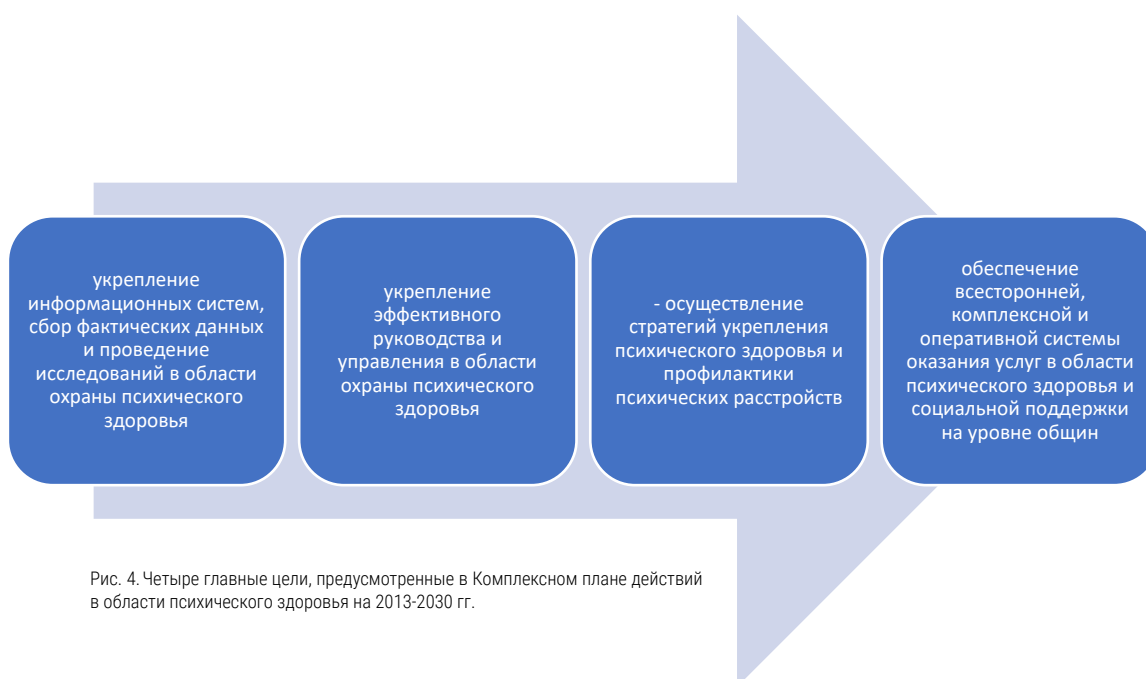


Рис. 4. Четыре главные цели, предусмотренные в Комплексном плане действий в области психического здоровья на 2013-2030 гг.

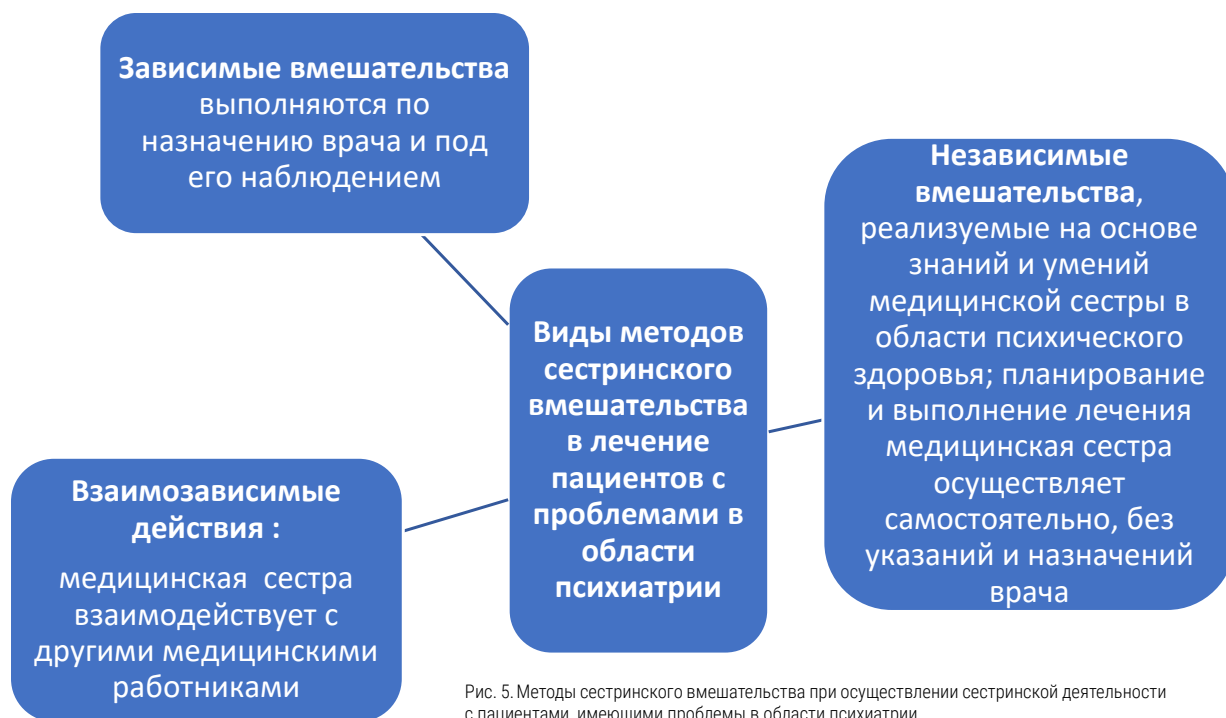


Рис. 5. Методы сестринского вмешательства при осуществлении сестринской деятельности с пациентами, имеющими проблемы в области психиатрии

Также В.А Точилев и О. Н. Кушнир из Санкт-Петербургской медицинской академии им. И. И. Мечникова в 2007 году опубликовали статью [20], где также рассматривали особенности сестринской деятельности в психиатрии, включая профилактику психических заболеваний. Сестринская деятельность в психиатрии относительно профилактики психических заболеваний и расстройств может быть применима медицинскими сестрами иного профиля специализации для профилактики или лечения пациентов, у которых имеются признаки психических заболеваний.

По мнению названных авторов, которые рассматривают сестринскую деятельность в данной области как с точки зрения организации и профилактики психиатрической помощи, так и с юридической точки зрения, медицинская сестра, иной, не психиатрической специализации, в ходе первого этапа деятельности медицинская сестра должна уметь определять роль заболевания в жизни больного, она должна уметь проводить направленную и ненаправленную беседу и давать пациенту информацию о лечении, отвечать на вопросы о времени пребывания в стационаре, методах и сроках лечения, режиме учреждения и т.п.

На втором этапе медицинская сестра на основе интерпретации и анализа полученных дан-

ных ставится «сестринский диагноз»², который исходит из диагноза медицинского.

При этом важно понимать, что медицинский диагноз не может дать медсестре данные о том, как болезнь влияет на деятельность пациента и жизнь его ближайшего окружения. Поэтому именно медицинская сестра может и должна на этом этапе выявить потребности и проблемы пациента, установить условия, ставшие причиной появления психического заболевания, а также определить личностные характеристики больного, которые могут стать опорными в решении выявленных проблем. Сестринский диагноз, в данном случае, способствует непрерывности медпомощи больным с заболеваниями в области психиатрии как в стационаре, так и за его пределами, а также будет способствовать индивидуализации сестринской помощи, разработке плана ухода за больным.

План ухода за больным является важной частью деятельности медицинских сестер, принимающих участие в лечении пациента, имеющего проблемы в области психиатрии на фоне

² Справочно: «сестринский диагноз» впервые применен в США в 1957 г. По данным Североамериканской диагностической ассоциации медицинских сестер (NANDA) в конце 80-х гг. были одобрены для клинического использования более 100 сестринских диагнозов.

общего заболевания. Цель планирования – добиться результата лечения, выделяя приоритеты, и направления лечения. Причем цели должны быть значимыми как для медицинской сестры, так и для пациента.

Медицинская сестра при планировании определяет кратко- и долгосрочные цели. Первая группа целей направлена на улучшение здоровья пациента, организацию самопомощи, облегчение проблем, которую нельзя решить на данном этапе. Долгосрочных цели служат организации реабилитации. Медицинская сестра вместе с больным определяют виды вмешательства и выстраивают стратегию своей деятельности, в основе которой лежат принципы безопасности, соответствие возрасту, общему состоянию здоровья, гармоничным сочетанием с лечением, осуществляемым другими специалистами.

Деятельность медицинской сестры по оказанию помощи пациентам с проблемами в области психиатрии имеет несколько методов вмешательства, отраженных на Рис. 5.

Заключительный этап планирования- разработка плана ухода, который должен быть универсальным в том плане, чтобы его мог осуществить любой специалист, оказывающий сестринскую помощь, он должен корреспондировать с другой медицинской документацией и смог бы быть скорректирован в случае необходимости. Кроме того, в плане должны приниматься во внимание проблемы пациента; результат и сроки его реализации плана; планируемые сестринские вмешательства; оценку результативности лечения.

Сестринский план помощи пациентам с проблемами в области психиатрии (исходя из передового зарубежного опыта), может быть полностью сформирован и реализован медицинской сестрой. Задача врача заключается в определении того, нужна ли медсестре дополнительная помощь.

Принципы сестринского вмешательства отражены на рисунке 6.

Завершается сестринская деятельность оценкой, осуществляемой совместно пациентом и медицинской сестрой. В ходе оценки подводится итог сестринской деятельности, определяется необходимость дальнейшего вмешательства, выявляется наличие побочных действий. При выявлении частично достигнутой цели, или ее недостижения, готовится за-

ключение, в котором оговаривается пересмотр или условия продления времени для реализации ранее утвержденного плана. Если план меняется, медицинская сестра приступает к его реализации в новом виде, и сестринская деятельность продолжается уже по новому доработанному плану. Перед выпиской проводится заключительная оценка.

Предлагаемые меры направлены на решение цели устойчивого развития 3, и направлены на решение подцели 3.4., направленной на уменьшение смертности от неинфекционных заболеваний и подцели 3.5, призванной предотвратить злоупотребление психоактивными веществами и измеряемые соответствующими индикаторами:

- Степень охвата мероприятиями в области лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ;
- Вредное употребление алкоголя (количество алкоголя на душу населения в течении одного года, выражено в литрах чистого спирта для людей с 15 лет);
- Количество самоубийств.

В настоящее время в связи с социальными запросами общества идет развитие высшего сестринского образования, и медицинские сестры с высшим образованием по получаемым зна-

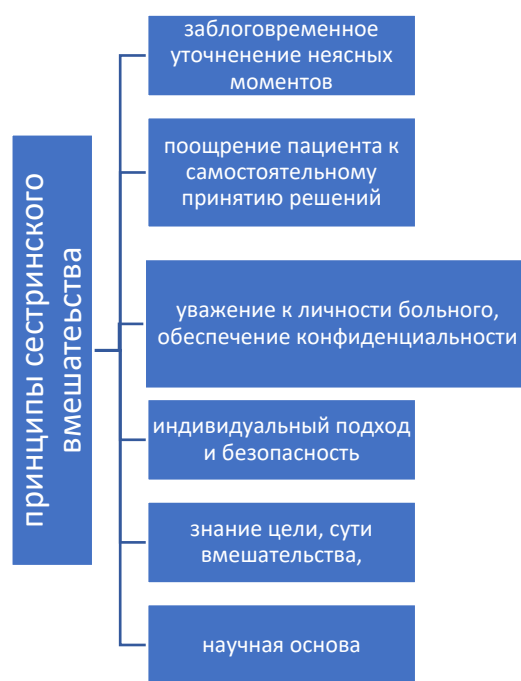


Рис. 6. Принципы сестринского вмешательства

ниям, умениям и навыкам способны на более высоком уровне осуществлять роль организаторов сестринской деятельности, и применять новые формы медицинской помощи пациентам с проблемами в области психиатрии.

Но при этом наблюдаются существенные сложности в реализации предлагаемых мер.

Во-первых, недостаточно внимания уделяется важнейшему аспекту совершенствованию деятельности медицинской сестры по работе пациентами, имеющими проблемы со здоровьем в области психиатрии, а именно – обучению постановке сестринского диагноза, изучению особенностей сестринской деятельности, умению разрабатывать планы лечения, и осуществлять контроль за его ходом.

Во-вторых, для реализации целей устойчивого развития, направленного на способствование обеспечения хорошего здоровья, в том числе и психического, в национальной системе российского здравоохранения недостаточно проработан вопрос применения медицинских сестер в области профилактики и лечения психических заболеваний. Получив требуемые знания и навыки в области помощи пациентам с различными типами психических расстройств, медицинской сестры даже с высшим медицинским образованием, не смогут их применить в полной мере. Иными словами, специалисты с высшим сестринским образованием, которые обладая высокой квалификацией и профессиональными знаниями работы медицинской сестры, могли бы реально быть задействованы в лечении пациентов, имеющих проблемы в области психиатрии, во многом могли бы снизить

нагрузку врачей-психиатров, обеспечивая бесперебойную работу по профилактике серьезных психических проблем своих пациентов, и снижая экономические затраты государства, пока с трудом вписываются в систему здравоохранения, их деятельность не оговаривается в рассмотренных в исследовании документах.

В-третьих, целесообразным видится необходимость расширения принципов сестринского вмешательства. Следует добавить принцип, связанный с необходимостью привлечения медицинских сестер с высшим образованием к сестринской деятельности в области лечения пациентов, имеющих проблемы с психическим здоровьем, и расширением их полномочий в области сестринской диагностике и планирования лечения заболеваний.

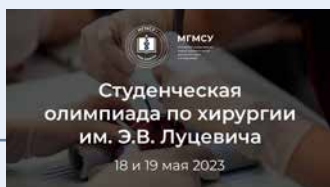
В-четвертых, следует расширить нормативно-правовую базу по деятельности медицинских сестер в рассматриваемой области и стратегические документы в области борьбы с психическим нездоровьем.

Таким образом, вопрос о деятельности медицинской сестры с высшим образованием, с ее многогранностью, широким спектром обязанностей, должен быть включен в национальную систему профилактики и лечения пациентов с проблемами в области психического здоровья. Тем самым подобные решения будут во многом способствовать без существенных финансовых затрат достичь в кратчайший срок цель три устойчивого развития, направленную на достижения здоровья, в том числе и за счет участия медицинских сестер в профилактике нарушений психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 N3185-1».
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N323-ФЗ.
3. Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 N2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года».
4. Приказ Минздрава России от 17 мая 2012 г. N566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
5. Приказ Минздрава России от 30 декабря 2015 г. n 1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».
6. Аммон Г. Динамическая психиатрия. – СПб., 1995.
7. Бехтерев В. М. Избранные труды по психологии личности. // Издательство «Алетейя».
8. Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии // Серия Трансперсональная психология и психотерапия. Изд. Ганга, 2018

9. Гроф С. Неистовый поиск себя. – М., 1997. – С. 322-323.
10. Климонтова, О. А. Понятие психического здоровья личности / О. А. Климонтова // Вестник науки и творчества. – 2018. – № 7. – С. 17-19.
11. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2030 гг.
12. Лебедева, О. В. Проблема соотношения понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» в отечественной и зарубежной психолого-педагогической литературе / О. В. Лебедева // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. – 2013. – № 3 (1). – С. 33-37.
13. Лызь, Н.А. О структуре психического здоровья человека (обзор исследований) / Н.А Лызь // Известия Южного федерального университета. Технические науки. – 2004. – № 5. – С. 241-251.
14. Никифоров, Г. С. Психология здоровья / Г. С. Никифоров. – СПб.: Универс, 2002. – 192 с.
15. Николаев, Е. Л. Дискурс и психическое здоровье личности: современные взгляды / Е. Л. Николаев, Е. С. Сулова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2010. – № 2. – С. 55-56.
16. Психическое здоровье и COVID-19: ранние доказательства воздействия пандемии: Научный обзор, 2 марта 2022 г. (Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization; 2022),
17. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т. 1. / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; Под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.
18. Сергиенко, Е. А. Психологическое здоровье: субъективные факторы / Е. А. Сергиенко // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». – 2017. – № 5. – С. 98-118.
19. Спринц, А. М. Психиатрия: учебник / А. М. Спринц, О. Ф. Ерышев, Н. В. Семенова. – СПб: СпецЛит, 2008.
20. Точилон В.А, Кушнир О. Н. Сестринский процесс в психиатрии. // Медицинская сестра. – 2007. – № 1.
21. Уланова, Н. Н. Подходы к пониманию здоровья / Н. Н. Уланова // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2013. – № 10. – С. 13-17.
22. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
23. Фромм Э. Здоровое общество // Психоанализ и культура. Избранные труды Карен Хорни и Эриха Фромма. М., 1995. С. 273-596.
24. Сайт ВОЗ, режим доступа: Усиление мер в области охраны психического здоровья (who.int)
25. Официальный сайт ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2018. Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех. Основные положения., режим доступа: European health report 2018: Highlights (who.int)
26. Официальный сайт ВОЗ, Усиление мер в области охраны психического здоровья, режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
27. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения, режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/ru>.
28. Сайт ВОЗ, режим доступа: Психические расстройства (who.int)
29. Официальный сайт ООН, Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, режим доступа: United Nations Official Document
30. Официальный сайт ООН, режим доступа: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/health/>
31. Официальный сайт «РГ», режим доступа: Разработана стратегия охраны психического здоровья – Российская газета (rg.ru);
32. Сайт ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», режим доступа: ФГБНУ НЦПЗ. "Избранные труды"(ncpz.ru)
33. Европейская рамочная основа для действий по охране психического здоровья на 2021-2025 гг. // <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/flagship-initiatives/the-paneuropean-mental-health-coalition/who-european-framework-for-action-on-mental-health-2021-2025>.
34. Ammon G. Handbuch der dynamischen Psychiatric. Munchen, 1982. Bd. 2.
35. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annual Review of Clinical Psychology, 2014;10,425-438.
36. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact Scientific brief 2 March 2022, режим доступа: WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf.
37. Психическое здоровье и COVID-19: ранние доказательства воздействия пандемии: Научный обзор, 2 марта 2022 г. (Mental Health and COVID-19).
38. Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization; 2022).



ОБУЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИИ



ПЕРВАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ ОЛИМПИАДА ПО ХИРУРГИИ И ЭНДОСКОПИИ ИМ. Э. В. ЛУЦЕВИЧА – ВЫДАЮЩЕГОСЯ ХИРУРГА И УЧЕНОГО

МОСКВА

В 2022 году в МГМСУ им. А. И. Евдокимова был организован студенческий научный кружок Оперативной хирургии и топографической анатомии и Оперативной эндоскопии (далее – СНК) – объединение, созданное по инициативе студентов и представителей профессорско-преподавательского состава Университета, объединившихся для более углубленного изучения основ хирургии и эндоскопии во вне учебное время.

СНК было организовано в целях вовлечения студентов в научно-исследовательскую ра-

боту как важнейшую составляющую системы подготовки современных высококвалифицированных специалистов в области «Хирургии» и «Эндоскопии».

Формами деятельности СНК являются: подготовка студенческих научных докладов, выступление на заседаниях СНК, научных конференциях и научных форумах различного уровня; подготовка к публикации научных статей (тезисов) студентов в печатных изданиях различного уровня; подготовка студентов к участию в конкурсах студенческих на-





учно-исследовательских работ, предметных олимпиадах, научных и образовательных проектах, программах, стажировках и т.п.

В рамках данного направления научно-практической работы 18-19 мая 2023 года в Клиническом Медицинском Центре «Кусково» прошла первая в истории Университета студенческая олимпиада по хирургии и эндоскопии имени Эммануила Викентьевича Луцевича – выдающегося хирурга и ученого.

При поддержке ректора МГМСУ им. А. И. Евдокимова, академика РАН, профессора О. О. Янушевича решением Ученого Совета Университета (протокол № 7 от 28 марта 2023 г.) утверждено положение о студенческой олимпиаде по хирургии имени Э. В. Луцевича.

С 1984 года Эммануил Викентьевич Луцевич являлся сотрудником Университета. В 1984 г. возглавил кафедру хирургических болезней №2 тогда еще Московского медицинского стоматологического института. С 1985 г. являлся деканом лечебного факультета, а в 1986 г. стал проректором института по учебной работе.

В 1996 г. Э. В. Луцевич был избран членом-корреспондентом РАМН. Профессор Э. В. Луцевич – автор более 800 научных работ, в том числе 14 монографий. Под его руководством защищены 31 докторская и более 70 кандидатских диссертаций. Награжден орденами Дружбы и «Знак Почета», грамотами Министерства здравоохранения РФ и университета.



Проведенная олимпиада - дань памяти Учителю и его неоценимому вкладу в образовательную деятельность, развитие отечественной хирургии и эндоскопии.

С инициативой проведения олимпиады выступили научные руководители СНК Кошелев Игорь Андреевич и Галахов Вячеслав Павлович, а также студенческий актив. К инициативе присоединились все кафедры хирургического профиля университета.

Организационный комитет под руководством О. О. Янушевича определил 8 конкурсных

испытаний: «Вязание хирургических узлов», «Виртуальная колоноскопия с эндоскопической полипэктомией», «Абдоминальная хирургия», «Урология», «Сосудистая хирургия», «Эндовидеохирургия», «Реконструктивно-пластическая хирургия кожи», Конкурс капитанов.

18 мая 2023 года в конференц-зале КМЦ Кусково ректор МГМСУ им. А. И. Евдокимова Янушевич О. О. торжественно открыл студенческую олимпиаду по хирургии им. Э. В. Луцевича. Произнес слова напутствия, Олег Олегович пожелал всем участникам: «побороть волнение и показать на «олимпийских» состязаниях всё, чему обучились». Командам так же пожелали успеха в соревнованиях ведущие ученые и хирурги университета: Стрюк Р. И., Левченко О. В., Яковенко И. Ю., Луцевич О. Э., Праздников Э. Н. и Емельянов С. И.

По итогам двух дней соревнований 3 команды вошли в число лидеров и были награждены академиком О. О. Янушевичем медалями, почетными дипломами и персональными подарками.

Член-корреспондент РАН Луцевич Олег Эммануилович также вручил призы командам-победительницам.

Несмотря на острый состязательный дух, все участники проявили доброжелательность друг к другу. Олимпиада помогла студентам отточить мануальные навыки, продемонстрировать командную работу, приобрести новый бесценный опыт, который пригодится им в профессиональной деятельности.



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ VI ЕВРАЗИЙСКОГО ФОРУМА УРАЛЭНДО

ЕКАТЕРИНБУРГ

Иванцова М.А.

ГАУЗ СО «Свердловская областная больница №2»

ACTUAL QUESTIONS OF VI EURASIAN ENDOSCOPY FORUM «URALENDO»

Ivantsova M. A.

Sverdlovsk regional hospital № 2, Yekaterinburg, Russia

РЕЗЮМЕ

Статья посвящается состоявшемуся в Екатеринбурге в августе 2022г VI Евразийскому форуму «УралЭндо». В ряду наиболее актуальных вопросов форума в этом году были вопросы практического внедрения в практику медицинских организаций всех уровней, начиная с первичного звена. В фокусе внимания были вопросы онкоскрининга, а также вопросы организации работы эндоскопических отделений на основе риск-ориентированных подходов с целью повышения безопасности и качества эндоскопических вмешательств во благо пациентов.

SUMMARY

The article is dedicated to the VI Eurasian Forum «UralEndo» held in Yekaterinburg in August 2022. Among the most actual topics of the forum this year were the issues of practical implementation in the practice of medical organizations at all levels, starting with primary care. The focus was on cancer screening, as well as the organization of the work of endoscopic units based on risk-oriented approaches in order to improve the safety and quality of endoscopic procedures for the patients benefits.

ВВЕДЕНИЕ

(КРАТКО ОБ ИСТОРИИ ФОРУМА «УРАЛЭНДО»)

В самом сердце России, на Уральской земле, где сливаются воедино европейская и азиатская части огромного многоликого континента, год за годом реализуется междисциплинарный научно-образовательный проект – Евразийский форум «УралЭндо» по изучению, внедрению и развитию малоинвазивных эндоскопических методик в гастроэнтерологии, колопроктологии, бронхологии, хирургии и онкологии во благо пациентов всех возрастов и профилей! В 2015 году идея организации форума была поддержана топ-лидерами в области эндоскопии – профессорами Юрием Геннадьевичем Старковым, Алексеем Степановичем Балалыкиным, Михаилом Павловичем

Королёвым, Галиной Вячеславовной Беловой, главным хирургом Уральского федерального округа профессором Михаилом Иосифовичем Прудковым и ведущими специалистами Свердловской области – главным эндоскопистом Екатеринбургa Алексеем Дмитриевичем Ковалевским, главным эндоскопистом Центрального военного округа Русланом Маировичем Бозровым, заведующим отделением эндоскопии Областной больницы № 1 Андреем Ивановичем Бабаком, ведущим детским эндоскопистом Людмилой Васильевной Рокиной, ведущим специалистом и врачом-эндоскопистом Центра медицины катастроф Андреем Викторовичем Кульминским, ведущим эндоскопистом и членом правления регионального общества гастроэнтерологов Александром Ивановичем Копытовым.

Первая конференция форума была проведена в марте 2015 года на базе Свердловской областной клинической больницы № 1 с участием 70 специалистов. Сегодня общее число участников форума насчитывает более 1200 человек из разных регионов России, ближнего и дальнего зарубежья! Конечно, большинство специалистов регистрируется на главный ежегодный конгресс УралЭндо, который успешно стартовал в международном формате в августе 2017 года.

В работе форума регулярно принимают участие многие ведущие российские эксперты, а также коллеги из многих регионов России и Урала, в том числе из Челябинской области – всегда с личной поддержкой главного специалиста по эндоскопии Елены Рафаиловны Олевской. Радостно, что форум стал настоящей действующей площадкой для профессионального и научного роста специалистов с возможностью выступления с докладами, участия в проведении трансляций из операционных, модерации тематических симпозиумов и мастер-классов! За время работы форума подготовлено пять методических пособий и рекомендаций, в том числе утверждённых Профильной комиссией по эндоскопии и Минздравом Свердловской области. Опубликован целый ряд статей в рецензируемых ВАК общероссийских изданиях, получено международное признание с публикациями на сайте Всемирной организации эндоскопии – WEO. Общероссийское признание подтверждается благодарностью за активное развитие эндоскопии в России, переданной в марте этого года региональному отделению УралЭндо Председателем Российского эндоскопического общества профессором Михаилом Павловичем Королёвым.

25-27 августа 2022г успешно прошёл очередной VI Евразийский эндоскопический форум «УралЭндо». На гостеприимной уральской земле для проведения форума очно собрались эксперты из многих регионов России: Хабаровского края, Якутии, Алтайского края, Сибири, Уральского Федерального Округа Башкортостана, Поволжья и Центральной части нашей великой страны. Три напряжённых рабочих дня. Широкий круг вопросов для обсуждения, прямые трансляции, выставка передовой эндоскопической техники и материалов, – всё согласно традициям и научной программе форума. В этой обзорной статье важно более подробно остановиться на наиболее значимых и актуальных программных темах форума.

Так в первый день работы форума в ходе прямых трансляций из операционных и лекций участники познакомились с новыми методиками диагностической и лечебной гастроинтестинальной эндоскопии, закрепили свои знания об алгоритмах обследования и лечения пациентов с патологиями желудочно-кишечного тракта, такими как, хронические гастриты, воспалительные заболевания кишечника, полипы толстой кишки, опухолевые стриктуры билиарных протоков, правила обеспечения инфекционной и эпидемиологической безопасности работы эндоскопических служб.

Из ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» ведущий врач-эндоскопист А. В. Васильев доказательно продемонстрировал преимущества малоинвазивных эндоскопических операций при ахалазии кардии, а также возможности прогрессивных эндовидеосистем компании Fujifilm (Япония). Из ГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер» ведущая эндоскопическим отделением, к.м.н. Н. А. Ли поделилась с участниками опытом применения новейших оптических режимов эндоскопической диагностики для уточнённой диагностики характера новообразований, выявления предраковых изменений и раннего рака ЖКТ, а также познакомила участников с техническими новинками от отечественного производителя – компании «Эндо-Старс». Традиционно ярким было включение ГБУЗ «Ярославская областная клиническая онкологическая больница», – профессор С. В. Кашин представил онлайн в прямом эфире новейшую систему искусственного интеллекта «Discovery» от компании «Пентакс» (Япония) для распознавания полипов толстой кишки. В этот же день уникальные эндоскопические операции на желчевыводящих протоках в «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского МЗ РФ» были выполнены в формате онлайн мастер-класса председателем и идейным наставником форума профессором Юрием Геннадьевичем Старковым. Не остались в стороне и новинки от китайских производителей – новые возможности эндоскопических систем компании «Соноскейп» продемонстрировал из операционной «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского МЗ РФ» секретарь Профильной комиссии по эндоскопии МЗ РФ, к.м.н. Р. Д. Замолодчиков. А центральным событием большого трансляционного дня стала демонстрация комплексного эндоскопического обследования ЖКТ из «СМТ-клиники» г. Екатеринбурга. Ведущий врач-эндоскопист О. В. Деречин и куратор – профессор Е. Р. Олевская блестяще провели детальное эндоскопи-

ческое обследование желудка и толстой кишки с применением новых оптических технологий от компании Fujifilm (Япония) при поддержке официального российского представителя – компании «Р-фарм». Представленный случай привлёк живое внимание аудитории, был консультирован онлайн в прямом эфире ведущим японским экспертом – профессором Хироси Кашидой. Следует отметить, что участие профессора Кашиды всегда сопровождается его глубокими обоснованными комментариями, вызывает большой интерес слушателей, проходит в формате дискуссий ведущих экспертов. И на этот раз выявленная патология желудка стала предметом детального разбора, где мнение профессора было приоритетным, а истина была установлена морфологами по данным изучения биоптатов после окончания форума, что несомненно заслуживает отдельной научной публикации.

Второй день форума был не менее интересным и начался с пленарного заседания, официальных приветствий прибывшего после большого операционного дня из Москвы в Екатеринбург председателя форума, профессора Ю. Г. Старкова, главного онколога и заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Д. А. Демидова. В приветственном очном докладе и программной лекции по вопросам импортозамещения в эндоскопии профессор М. П. Королёв подробно рассказал об истории эндоскопической техники, современных технологиях и требованиях к производству, эксплуатации и хранению эндоскопов, возможностях уменьшения технических рисков. Доклад Михаила Павловича был признан большинством участников ключевым, определяющим стратегические направления развития отечественной эндоскопии.

Возможности и задачи эндоскопической диагностики и лечения колоректального рака были чётко определены в онлайн-лекции профессора ФГУ «Центр научный колопроктологии им. А. Н. Рыжих» Виктора Владимировича Веселова, дополненной для слушателей в зале заведующим кафедрой эндоскопии Факультета непрерывного медицинского образования Российского университета дружбы народов, профессором В. А. Дуванским.

Об отечественной опытной разработке и внедрении технологии искусственного интеллекта для диагностики новообразований кишечника рассказал заведующий отделением эндоскопии «Челябинский областной клинический

центр онкологии и ядерной медицины», к.м.н. Константин Иванович Кулаев. Этот замечательный доклад в очередной раз подтвердил огромный научный потенциал отечественной медицины и показал возможности его активной реализации.

Из наиболее актуальных тем второго дня форума следует отметить вопросы постковидных осложнений со стороны ЖКТ, об опыте диагностики и лечения которых систематизировала в своей лекции профессор Г. В. Белова, анонсировав подготовку к изданию тематического атласа.

В лекциях постоянных экспертов форума – профессора П. Л. Щербакова, проф. Е. А. Дробязгина, проф. В. Н. Новикова были систематизированы научные знания и накопленный опыт практического применения таких методик как радиочастотная абляция при пищеводе Барретта, лечение дивертикулов Ценкера, эндоскопических методик лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Впервые на форуме был организован симпозиум по бариатрии, который успешно провели ведущий научный сотрудник «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского МЗ РФ», к.м.н. С. В. Джантуханова совместно с ведущими специалистами МЦ «УГМК-здоровье» Екатеринбурга под руководством ведущего гастроэнтеролога к.м.н. Е. В. Гараниной.

Ключевым следует назвать симпозиум, посвященный актуальным практическим вопросам скрининга рака желудка, где на первом месте стоят вопросы организации и отбора пациентов для проведения углублённого эндоскопического обследования с целью выявления предраковых изменений и раннего рака. Всеми экспертами симпозиума – программным директором форума, к.м.н. М. А. Иванцовой, профессором В. Е. Назаровым, профессором С. С. Пироговым, д.м.н. А. И. Долгушиной, к.м.н. П. В. Павловым была подчёркнута важность этих вопросов, так как рак желудка сохраняет лидирующие позиции в онкологии, находится на втором месте по смертности и пятом месте по заболеваемости, что определяет острую необходимость поиска эффективных решений. В частности, передовой мировой опыт и современные клинические рекомендации говорят об эффективности таких стартовых лабораторных методик, как анализ крови «Гастропанель», которая неинвазивным способом выявляет наличие предраковых изменений –

атрофического гастрита и хеликобактерной инфекции, и служит объективным обоснованием направления пациентов на скрининговую экспертную гастроскопию для уточнения диагноза и дальнейшего диспансерного наблюдения за этой группой пациентов.

В дни форума также прошло заседание Профильной комиссии по эндоскопии Минздрава РФ. В приветственном обращении главный хирург и эндоскопист МЗ РФ академика РАН А. Ш. Ревишвили ещё раз подчеркнул актуальность задач внедрения в практику малоинвазивных эндоскопических технологий, реализации задач национального проекта борьбы с онкологическими заболеваниями, а также особую роль эндоскопии в медицинском разделе Национального проекта «Цифровая экономика РФ». Кроме традиционных отчётов главных внештатных специалистов по эндоскопии, к.м.н. Р. Д. Замолотчиковым был представлен масштабный аналитический доклад о работе эндоскопических подразделений на территории всей Российской Федерации, анонсированы новые технологические карты, числом более шестидесяти, которые планируется утвердить в ближайшее время. В завершении к.м.н. М. А. Иванцова представила проект Методических рекомендаций по оснащению и обеспечению эндоскопических отделений на основе современных требований и риск-ориентированных подходов. Для подготовки рекомендаций была согласована рабочая группа и ответственные по разделам в составе ведущих экспертов профессионального эндоскопического сообщества.

ОБСУЖДЕНИЕ

VI Евразийский форум УралЭндо ещё раз обратил внимание медицинских специалистов и руководителей на важность внедрения в клиническую практику малоинвазивных эндоскопических методов диагностики и лечения на всех уровнях оказания медицинской помощи, в больших и малых городах, как Уральского федерального округа, так и всех регионов России. Вопросы форумов соответствовали задачам государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации на 2018-2025 годы, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640, главными из которых остаются:

- увеличение к 2025 году ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 76 лет;

- снижение к 2025 году смертности населения в трудоспособном возрасте до 380 на 100 тыс. населения;
- снижение к 2025 году смертности от новообразований до 185 на 100 тыс. населения;
- повышение к 2025 году доли населения, удовлетворенного качеством медицинской помощи, до 54%;
- развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины; развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- развитие кадровых ресурсов в здравоохранении;
- развитие международных отношений в сфере охраны здоровья [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опыт проведенных форумов «УралЭндо» показывает ценность и необходимость прямого обмена опытом и мнениями специалистов не только в сфере эндоскопии, но также в смежных областях, особенно в гастроэнтерологии, хирургии, онкологии, бронхопульмонологии.

На форумах впервые на Урале успешно реализуются современные возможности проведения прямых трансляций и мастер-классов из операционных, в том числе в международном формате, что позволяет знакомить всех заинтересованных специалистов с наиболее прогрессивными методиками современной эндоскопии.

Итогами работы форума можно считать постановку стратегических задач развития и перехода эндоскопии в Уральском регионе на новый, более высокий, соответствующий современным требованиям, уровень, в том числе позволяющий решать задачи создания единого цифрового контура. Для этого нужны соответствующие программные решения с привлечением как заинтересованных специалистов, так и заинтересованных пациентов, в том числе потенциальных пациентов из рядов представителей законодательной и исполнительной власти, а также частных и государственных инвесторов. Только комплексный подход с анализом, оценкой и минимизацией технических и кадровых рисков на стадии организации работы видится единственно возможным для скорейшего достижения требуемого уровня качества и безопасности медицинской помощи в эндоскопии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 6, 2017 N974n «On approval of the Rules for conducting endoscopic examinations». Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2017 г. N974n «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований».
2. Prikaz Minzdrava Rossii ot 28.02.2019 N103n «Ob utverzhdenii poryadka i srokov razrabotki klinicheskikh rekomendatsiy, ikh peresmotra, tipovoy formy klinicheskikh rekomendatsiy i trebovaniy k ikh strukture, sostavu i nauchnoy obosnovannosti vlyuchayemoy v klinicheskiye rekomendatsii informatsii» (Zaregistrirvano v Minyuste Rossii 08.05.2019 N54588). Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» (Зарегистрировано в Минюсте России 08.05.2019 N54588)
3. Organizatsiya raboty endoskopicheskikh podrazdeleniy i obespecheniye epidemiologicheskoy bezopasnosti endoskopicheskikh vmeshatel'stv v usloviyakh epidemii novoy koronavirusnoy infektsii. Vremennyye rekomendatsii, versiya 4 ot 27 aprelya 2020 goda. Assotsiatsiya «RusEndO», FBUN MNIEM im. G.M. Gabrichевского Rospotrebnadzora. Организация работы эндоскопических подразделений и обеспечение эпидемиологической безопасности эндоскопических вмешательств в условиях эпидемии новой коронавирусной инфекции. Временные рекомендации, версия 4 от 27 апреля 2020 года. Ассоциация «РЭНДО», ФБУН МНИИЭМ им. Г.М. Габричевского Роспотребнадзора.
4. Decree of the Government of the Russian Federation. On approval of the state program of the Russian Federation» Development of health care. 2017, December 26, No. 1640. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 года № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
5. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N46740).
6. Order of the Ministry of Health of Russia «On the approval of the nomenclature of medical services» (Registered in the Ministry of Justice of Russia of 13.10.2017 N804n (as amended on 16.04.2019) at 07.11.2017 N48808). Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N804н (ред. от 16.04.2019) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 N48808).
7. Decree of the Government of the Russian Federation of 12.11.2012 N1152. On approval of the Regulation on state control of the quality and safety of medical activities. (as amended on 30.11.2018.) Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 N1152 (ред. от 30.11.2018) «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».
8. Kuvaev R. O., Nikonov E. L., Kashin S. V. et al. Quality control of endoscopic studies, prospects for automated analysis of endoscopic images. Kremlin medicine, clinical bulletin, 2014, December, p.51-56. <http://kremlin-medicine.ru/index.php/km/article/view/63>. Куваев Р. О., Никонов Е. Л., Кашин С. В. и соавт. Контроль качества эндоскопических исследований, перспективы автоматизированного анализа эндоскопических изображений // Кремлевская медицина, клинический вестник, декабрь 2014, с. 51-56. <http://kremlin-medicine.ru/index.php/km/article/view/63>.
9. Shcherbakov PL Stages and prospects of development of endoscopy of the gastrointestinal tract. Pediatrics. The journal named aft er G. N. Speransky. 2012;91(3):117-121. (in Russ.) Щербakov П. Л. Этапы и перспективы развития эндоскопии желудочно-кишечного тракта // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. – 2012. – Том 91, N3. – С. 117-121.
10. Ivantsova M. A. I Eurasian forum on endoscopy and gastroenterology «Uralendo 2017» august 17-18, 2017, Yekaterinburg. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;(4):119-120. (In Russ.) Иванцова М. А. I Евразийский форум по эндоскопии и гастроэнтерологии «УралЭндо 2017» 17-18 августа 2017 года, г. Екатеринбург / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология/ 2018;152(04):119-120.
11. http://disuria.ru/_ld/11/1120_kr21K29MZ.pdf
12. https://umedp.ru/articles/konsensus_maastrikht_vi_opublikovan_chno_novogo.html

**ПОЛНЫЙ СПЕКТР ИНСТРУМЕНТОВ И
РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЭРХПГ
РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДСТВА**



**СДЕЛАНО
В РОССИИ**



КОРОЛЕВ МИХАИЛ ПАВЛОВИЧ

25 июня 2023 года исполняется 75 лет профессору Михаилу Павловичу Королеву, выдающемуся ученому, педагогу, хирургу.



Михаил Павлович является одним из ведущих хирургов и эндоскопистов России, признанным специалистом в области хирургической гастроэнтерологии, разносторонним научным деятелем, учителем и наставником для многих известных специалистов страны.

Родился Михаил Павлович Королёв в 1948 году в Вильнюсе. Окончил среднюю школу. В 1967 году поступил в Ленинградский педиатрический медицинский институт, который успешно закончил в 1973 году. После окончания института прошел 2-годичную клиническую ординатуру на кафедре факультетской хирургии под руководством профессора А. А. Русанова. Благодаря научному руководству выдающего профессора Александра Андреевича Русанова, признанного специалиста в хирургии желудка и пищевода, у Михаила Павловича появился интерес к хирургической гастроэнтерологии. Тесные научные связи профессора А. А. Русанова с академиком Б. В. Петровским, в то время работавшим министром здравоохранения СССР, способствовали появлению одного из первых оптоволоконных эндоскопов из Японии в клинике факультетской хирургии. Профессор Русанов А. А. поручил освоение нового метода диагностики заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта молодому специалисту – Михаилу Павловичу Королеву, что в последствии и предопределило направление научных изысканий молодого специалиста. Кандидатскую диссер-

тацию с элементами эндоскопии по диагностике и лечению полипов желудка Михаил Павлович защитил в 1981 году. Через 11 лет защитил докторскую диссертацию на тему «Эндоскопия в диагностике и лечении хирургических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта в возрастном аспекте». В 1993 году ему присвоено учёное звание профессора.

М. П. Королёв считает себя учеником профессора А. А. Русанова и члена-корреспондента АМН СССР, профессора Г. А. Баирова. Технику и особенности эндоскопии осваивал под руководством Ю. Ю. Зубовского. Судьбоносной явилось знакомство Михаила Павловича с профессором Феттяхом Халимовичем Кутушевым, который возглавлял кафедру общей хирургии на протяжении 28 лет. Благодаря наставничеству и мудрости профессора Кутушева Ф. Х., а также при его практической поддержке, удалось вновь воссоздать кафедру общей хирургии в СПбГПМА, которая не функционировала в течение нескольких лет. Авторитетное мнение уважаемого профессора Ф. Х. Кутушева, а также набирающая известность в научном мире профессора Королева Михаила Павловича были основными аргументами в пользу выбора нового заведующего кафедрой. С 1994 г. Михаил Павлович Королев возглавил кафедру общей хирургии и в течение 28 лет был ее неизменным руководителем. В течение более чем двух с половиной десятков лет на базах кафедры разрабатывались, внедрялись,



усовершенствовались различные методы лечения многих заболеваний. Разностороннее направление развития научно-практической деятельности кафедры под непосредственным руководством профессора М. П. Королева воспитали многие поколения медицинских работников в различных отраслях медицины: хирургическая гастроэнтерология, гнойная хирургия, хирургия повреждений и осложнений, минимально инвазивная хирургия, маммология, колопроктология.

Являясь одним из признанных известных хирургов в России, Михаил Павлович, продолжил дело своего учителя профессора А. А. Русанова, усовершенствовал многие оперативные приемы при хирургическом лечении заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Особая заслуга профессора Королева М. П. в разработке новых технических решений при ушивании культи двенадцатиперстной кишки в сложных ситуациях, которые были результатом опыта более чем 2000 резекций желудка.

Особо нужно отметить эндоскопию. В 1989 году впервые в России М. П. Королев организовал курсы по эндоскопии для студентов СПбГМИ и в 1999 году основал на ФУВе курс эндоско-

пии для детских эндоскопистов. В первом потоке прошли подготовку 10 человек.

М. П. Королев за более чем 20 лет занятий эндоскопией у детей накопил большой опыт по «возрастной» эндоскопии. Знание возрастных аспектов эндоскопической картины верхних отделов пищеварительного тракта позволило правильно трактовать те изменения, которые встречаются в педиатрической практике как функционального, так и воспалительного или органического характера. Формирование хронических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта во многих случаях начинается в детском возрасте.

Изучение характера гастродуоденальных заболеваний у детей в различных возрастных группах и их динамика позволяют выявить у детей группы риска в плане развития хронических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта.

Предвидя и понимая перспективу развития хирургии, профессор Королев Михаил Павлович внедрил в практическую деятельность кафедры новое направление: минимально инвазивные невазкулярные пункционно-дренирующие операции под ультразвуковым и рентгеноло-

гическим контролем. При этом, это направление в симбиозе с внутрисветовой эндоскопической хирургией дали начало развитию комбинированных минимально инвазивных операций при различных заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной зоны. В настоящее время кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ является лидером и законодателем новых технологий в этой области не только в Санкт-Петербурге, но по всей России. Некоторые разработанные операции не имеют аналогов в мире по своему высокотехническому исполнению и нововведению в науку.

В настоящее время М. П. Королёв является заслуженным деятелем науки и техники РФ, профессором кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ, председателем Российского эндоскопического общества, председателем Санкт-Петербургского отделения Российского общества хирургов, почетным председателем хирургического общества Пирогова. Бесценным опытом в настоящее время делится работая на базах кафедры, является наставником для многих поколений хирургов и эндоскопистов. Невозможно переоценить роль Михаила Павловича Королева в организации самых значимых ежегодных традиционных международных конференций и пленумов по эндоскопии, которые отличаются большой посещаемостью, высоким уровнем организации, ценными с научной и учебной точки зрения докладами. Многие молодые специалисты различных уголков нашей необъятной страны,

благодаря этому, могут «осознать» новые методы в эндоскопии, чувствовать себя частью высокой эндоскопической науки.

Невозможно не отметить хобби уважаемого профессора М. П. Королева. Особая страсть учителя – охота и рыбалка, любовь и привязанность к природе нашей великой страны, к красивейшим озерам Ленинградской области. Созерцание нетронутой природой, фотоохота и мореходство являются неотъемлемой частью жизни Михаила Павловича.

И конечно же, нужно отметить нежную любовь и привязанность Михаила Павловича к жене, дочкам, внукам. Благодаря надежному тылу, поддержке членов семьи, нашему уважаемому учителю возможно было достичь таких успехов во всех направлениях жизнедеятельности.

Весь коллектив кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ, врачи СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница», ученики и последователи, средний и младший персонал поздравляет юбиляра, желают крепкого здоровья и безмерного счастья, долгих и плодотворных лет жизни на благо пациентам. Всем нам повезло работать под началом профессора Михаила Павловича Королева, считаться учениками этого великого педагога, продолжать получать от учителя бесценные советы и вместе, хотя и не так часто, как хотелось, проводить досуг вне рабочее время.

*С глубоким уважением и признательностью,
Ваш ученик, Аванесян Р. Г.*





Федеральное государственное бюджетное учреждение
"Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневского"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

115093, Москва, ул. Б. Серпуховская, 27, тел.: 8 (499) 236-90-80, 8 (499) 236-72-90, e-mail: vishnevskogo@ix.ru, www.vishnevskogo.ru

№ _____
на № _____ от _____



Председателю Правления
Российского эндоскопического
общества,
д.м.н., профессору
КОРОЛЕВУ М.П.

Глубокоуважаемый Михаил Павлович!

От себя лично и от коллектива ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России поздравляю Вас с Юбилеем!

Примите слова глубокой благодарности и уважения за Ваш вклад в развитие отечественной эндоскопии. Высококласный профессионал, творческий Человек энциклопедических знаний и неординарных решений, Вы внесли неоценимый вклад в развитие отечественной хирургии, внутрисветной эндоскопии и эндоскопической хирургии. Благодарность сотен и тысяч учеников и пациентов со всей России – тому подтверждение.

Глубокоуважаемый Михаил Павлович! В этот день хочу пожелать Вам здоровья, оптимизма, новых творческих планов и их осуществления, как на работе, так и в жизни.

Пусть Вам всегда сопутствует удача!!!

С искренним уважением,

Директор ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»
Главный хирург Минздрава России,
академик РАН, профессор, д.м.н.,
заслуженный деятель науки РФ

А.Ш. Ревিশвили

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр радиологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**
(ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России)
249036, Калужская область, г.Обнинск, ул.Королева, д.4,
тел. +7(495)945-80-20, факс +7(495)945-80-20, E-mail: mail@nmicr.ru
ОГРН 1027739623031, ОКПО 01966615, ИНН 7714042070, КПП 402501001

15.06.2023 № 01-12-1739

на № _____ от _____



**Председателю Правления
Российского эндоскопического
общества, заведующему
кафедрой общей хирургии с
курсом эндоскопии и ухода за
хирургическими больными
СПбГПМА, д.м.н., профессору**

М.П. КОРОЛЕВУ

Глубокоуважаемый Михаил Павлович!

От себя лично и от коллектива ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России сердечно поздравляю Вас с Юбилеем.

Примите слова глубокой благодарности и уважения за Ваш огромный профессиональный вклад в основание, развитие и процветание отечественной эндоскопии.

Высококласный профессионал, тонкий знаток своего дела, человек широкого кругозора и оригинальных решений, Вы внесли неоценимый вклад в эндоскопическую хирургию. Благодарность сотен и тысяч пациентов со всей России – тому подтверждение.

Ваш профессиональный и жизненный путь является примером для молодых, начинающих врачей. Мудрый учитель, Вы воспитали целую плеяду блестящих и талантливых учеников, хирургов и эндоскопистов нашей страны.

Глубокоуважаемый Михаил Павлович! Примите самые добрые и душевные пожелания! Желаю Вам крепкого здоровья, душевной гармонии и оптимизма, как на работе, так и в жизни. Пусть Вам всегда сопутствует удача, каждый день жизни будет насыщен созидательной энергией, теплотой родных и близких, а Ваши знания, опыт и преданность делу долгие годы служат на благо России.

*С Глубокой благодарностью
и уважением!*

**Генеральный директор,
Академик РАН, академик РАО**

А.Д. Каприн

Глубокоуважаемый Михаил Павлович!
Коллективы Эндоскопического Центра
Боткинской больницы Департамента
здравоохранения Москвы
и кафедры эндоскопии РМАНПО МЗ РФ
от души поздравляют Вас
с днем рождения!

Сегодня, в этот славный юбилей,
Примите коллективов поздравленья!
Хотим Вам пожелать достойной жизни,
Благополучья, счастья и терпенья!

В РоЭндо Вы вложили свою душу,
Руководили мудро и достойно!
Ничто идиллию пусть эту не нарушит,
Желаем сил и крепкого здоровья!

Удача пусть сопутствует в работе,
В семье и на рыбалке, на охоте...
И даже если способ сей непрост —
Ловите всё равно её за хвост!

Побольше в Вашей жизни романтизма,
Хороших эндоскопов, оптимизма.
Мы повторить хотим
в Ваш день рожденья снова:
РоЭндо жить!
Михаил Павлович,
пусть всем эндоскопистам
будет клёво!

С ЮБИЛЕЕМ!



Уважаемый Михаил Павлович!

Примите самые искренние поздравления с Юбилеем от имени и по поручению крупнейшего профессионального объединения медицинских работников – Ассоциации медицинских сестер России!

Позвольте выразить Вам глубокую благодарность за всесторонние усилия по развитию эндоскопии как современного, передового, высокотехнологического направления медицины, в котором важная роль отводится сестринскому персоналу. За многие годы совместной деятельности мы не можем не отметить серьезного роста мастерства среди медицинских сестер эндоскопических отделений благодаря идеологии и культуре работы в команде, которую Вы поддерживаете на всех научных площадках Российского общества эндоскопистов. Мы видим, что сестринский персонал откликается на такое отношение, видим высокую приверженность специалистов эндоскопии, желание развиваться и реализовывать свои профессиональные компетенции в своем направлении практики. И мы искренне гордимся многолетним сотрудничеством с Вами, с коллегами из Российского эндоскопического общества.

В канун Юбилея от всего сердца желаем Вам успехов в научной, практической, педагогической, общественной деятельности! Пусть все задачи находят оптимальное решение, все планы воплощаются в жизнь! Счастья, крепкого здоровья, благополучия и дальнейшего движения вперед в развитии отечественной эндоскопии!

С искренним уважением президент Ассоциации медицинских сестер России В. А. Саркисова

Михаил Павлович!

Как здорово, когда человек оказывается в водовороте событий:

- Это интересно, увлекательно, и всегда есть какая-то перчинка и неожиданность!
- Сценарий может развиваться нетривиально! Ведь жизнь врача – это как раз та ситуация, о которой можно сказать, что человек не оказывается, а постоянно находится в этом водовороте!
- Жизнь руководителя, это не только свой водоворот, но и ответственность за водовороты подопечных!
- А Жизнь публичного человека, который увлекает за собой много людей, допустим председателя общества, – это еще и ответственность за тот флаг, который должен реять над головой и быть ориентиром для окружающих!

И сейчас, когда Вы читаете эти строки, я думаю, что Вы узнали, о ком я говорю, о Вас! В этот день хочу поздравить Вас с Днем Рождения и пожелать сил и здоровья, как можно дольше оставаться в центре этого водоворота!

С Уважением, М. С. Бурдюков



РОССИЙСКАЯ ШКОЛА ЭНДОСКОПИИ & ЭНДОХИРУРГИИ



Глубокоуважаемый Михаил Павлович!

От лица Экспертного совета Российской Школы Эндоскопии и Эндохирургии, от коллектива хирургического эндоскопического отделения НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского и от членов Профильной комиссии по эндоскопии МЗ РФ сердечно поздравляем Вас с юбилейной датой!

Возглавляемое Вами на протяжении многих лет Российское эндоскопическое общество играет неоценимую роль в деле развития эндоскопии в нашей стране. Организуемая Вами и проводимая на самом высоком уровне ежегодная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии» неизменно является бесценным источником профессиональных знаний и практического опыта как для врачей-эндоскопистов, так и ряда других специальностей.

От всей души желаем Вам крепкого здоровья, удачи во всех делах, дальнейшей плодотворной и успешной работы на благо эндоскопической специальности, врачей-эндоскопистов и наших пациентов!

Зам. гл. хирурга и эндоскописта МЗ РФ, член правления РОХ, РОЭХ, РЭНДО, руководитель хирургического энд. отделения НМИЦ Хирургии им. А. В. Вишневского
Профессор Ю. Г. Старков

Дорогой Михаил Павлович!

Искренне поздравляем Вас с юбилеем! насыщенная, интересная, многогранная жизнь бывает только у очень хороших, очень нужных и востребованных людей, а Вы – именно такой человек! Переоценить Ваш вклад в развитие и утверждение эндоскопии как большой, важной, современной, бурно развивающейся специальности просто невозможно! Не жалея сил и времени, Вы неуклонно продвигали и продолжаете продвигать Ее Величество Эндоскопию только вперед! Желаем Вам крепкого здоровья, неукротимой энергии, увядающего интереса, энтузиазма, огромного жизнелюбия, многих хороших надежных друзей, новых неизведанных мест, новых непрочитанных книг, путешествий, открытий, расцветов на озере, охотничьих засад и удачных рыбалок, близких любимых понимающих людей – словом, всего-всего, что составляет СЧАСТЬЕ!!! И всего этого на долгие, долгие годы! Многих лет, многих зим!

С огромным уважением, признательностью и любовью коллектив эндоскопического отделения ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. ак. Б. В. Петровского»

Глубокоуважаемый Михаил Павлович!

От себя лично и от коллектива ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России сердечно поздравляю Вас с Юбилеем. Примите слова глубокой благодарности и уважения за Ваш огромный профессиональный вклад в основание, развитие и процветание отечественной эндоскопии. Высококласный профессионал, тонкий знаток своего дела, человек широкого кругозора и оригинальных решений, Вы внесли неоценимый вклад в эндоскопическую хирургию. Благодарность сотен и тысяч пациентов со всей России – тому подтверждение. Ваш профессиональный и жизненный путь является примером для молодых, начинающих врачей. Мудрый учитель, Вы воспитали целую плеяду блестящих и талантливых учеников, хирургов и эндоскопистов нашей страны. Глубокоуважаемый Михаил Павлович! Примите самые добрые и душевные пожелания! Желаю Вам крепкого здоровья, душевной гармонии и оптимизма, как на работе, так и в жизни. Пусть Вам всегда сопутствует удача, каждый день жизни будет насыщен созидающей энергией, теплотой родных и близких, а Ваши знания, опыт и преданность делу долгие годы служат на благо России.

Генеральный директор,
Академик РАН, академик РАО А. Д. Каприн

Дорогой Михаил Павлович!

Эндоскопическое отделение Детского городского многопрофильного клинического специализированного центра высоких медицинских технологий (Детская городская больница № 1) поздравляет Вас с юбилеем!

Врачи отделения обучались у Вас нашей любимой специальности – эндоскопии. Будучи одним из основоположников детской эндоскопии в России, Вы щедро делитесь своими знаниями с молодыми коллегами. Ваша мудрость, опыт, знания и поразительная работоспособность помогают многим в нашей профессии! Свою работу вы не просто любите, вы живете ею.

Много лет Вы помогли нашему стационару, выполняя сложные эндоскопические вмешательства у детей. Ваша жизненная позиция – оказывать помощь во всем. В этот день хочется пожелать Вам здоровья! Оставайтесь таким же мудрым и справедливым, жизнерадостным и всеми любимым!

Т. А. Волерт



С ЮБИЛЕЕМ!



Глубокоуважаемый Михаил Павлович!

Из самого сердца уральских гор, от всех врачей-эндоскопистов Урала и медицинских сестёр отделений эндоскопии примите самые теплые поздравления с прекрасным юбилеем, а также самые лучшие пожелания доброго здоровья, многих сил и энергии для дальнейших свершений и продолжения взвешенного и мудрого руководства Российским эндоскопическим обществом, которое Вы многие годы успешно осуществляете, продвигая идеи эндоскопии, способствуя прогрессу и процветанию нашей любимой специальности во всех регионах нашей великой родины! «Никто, кроме нас!», – часто повторяете Вы, как девиз и главную парадигму профессионального сообщества эндоскопистов. И сегодня мы дружно отвечаем «Никто, кроме Вас!», потому что только Вам известны все секреты специальности, Вас знает и ценит весь профессиональный, а также творческий мир (эндофото вверх ☺), которому так необходимы сейчас Ваши мудрость, высокий профессионализм и стойкость в преодолении всех трудностей и научном объединении специалистов во благо здоровья наших пациентов и развития нашей молодой, прогрессивной, глубоко смотрящей специальности «ЭНДОСКОПИЯ»!

Программный комитет и участники форума УралЭндо,
к юбилею маэстро 25.06.2023!



Под небом северной Пальмиры
 Немало знати родилось.
 На эти северные нивы
 Природы благо собралось.
 Под небом северной столицы,
 Впитав её великий дух,
 Вы родились, в науку вникли
 И по стране разнёса слух,
 Что есть российские примеры
 Учителей, людей, врачей,
 Отважно «пашущих» без меры
 На благо страждущих людей.
 Под небом низким и широким
 В свинцовом зеркале воды
 Мир можно видеть одиноким,
 Привыкнув к миру красоты...
 В лесу, на Ладоге и море,
 С ружьём в руках наперевес,
 В научном путаясь просторе,
 Вы всё ж создали мир чудес!!
 Собаки, дочери, наука,
 Учителя, ученики...
 Чужды отчаянье и скука,
 Нет сожалений и тоски!
 Пусть вдаль уходят горизонты.
 Дорога к ним пускай ведёт.
 Сегодня Вы почти что солнце.
 Пусть так и дальше все грядёт...
 С днём рождения!

С искренними пожеланиями
 от НГИУВ и НГКБ 29
 А. Короткевич

Глубокоуважаемый Михаил Павлович!

От лица эндоскопического отделения КДЦ
 «МЕДСИ на Красной Пресне» с большим ува-
 жением поздравляем Вас с юбилеем!
 Благодаря Вашему творческому и фундамен-
 тальному подходу, ученики и последователи
 вовлекаются в интересный мир эндоскопии.
 От истоков эндоскопии и до наших дней Ваш
 бесценный вклад способствует развитию нау-
 ки, внедрению ее в практику и совершенство-
 ванию медицины в нашей стране.
 Ваша помощь в развитии молодых ученых по-
 могает ориентироваться в сложных и неор-
 динарных случаях, открывает возможности в
 профессиональном росте и усиливает любовь
 к профессии. Вы являетесь примером глубины
 подхода и мудрости.
 От всей души желаем Вам воплощения всех
 замыслов и идей, надежного круга единомыш-
 ленников, здоровья, крепости духа и семейно-
 го благополучия!

С неизменным почтением и уважением,
 коллектив эндоскопистов КДЦ
 «МЕДСИ на Красной Пресне».



Глубокоуважаемый Михаил Павлович!

Поздравляем Вас со знаковой датой. Вы как талантливый учёный, врач-хирург, врач-эндоскопист, крупный организатор здравоохранения, педагог прошли большой, насыщенный профессиональный путь, добились успеха в важной, ответственной, по-настоящему благородной и милосердной работе. И долгие годы честно, самоотверженно служите делу, людям, на благо Отечества. Стоит отметить Вашу значимую общественную, просветительскую, педагогическую деятельность, искреннюю заботу о сохранении и продолжении богатейших традиций отечественной медицины. Отдельно хочется поблагодарить от медицинских сестер эндоскопического сообщества Вас за внимание и заботу о сестринских эндоскопических кадрах, за поддержку в организации конференций для медицинских сестер. За возможность делиться своим опытом, знаниями с коллегами. Желаем Вам крепкого здоровья, благополучия, дальнейшей реализации намеченных планов и замыслов.

Региональная общественная организация медицинских сестер города Москвы
 (РООМС МОСКВЫ)
 Секция Сестринское дело в эндоскопии



EDOF

Феномен
полнофокусного
изображения



RDI

Гарантия уверенности во
время эндотерапевтических
процедур



TXI

Новая технология белого света



Совершенство в простоте

На шаг ближе к миру без колоректального рака



Российское ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

Все **новости и события** жизни эндоскопической общественности,
справочные и методические материалы по эндоскопии

 [ENDOSCOPIA.RU](https://endoscopia.ru)

ПО ВОПРОСАМ ЧЛЕНСТВА В РЭНДО:

Тел: +7(812) 635 65 64
endo@rusendo.ru

