

МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ, ЭНДОСКОПИСТОВ И ХИРУРГОВ, КАК НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ ЧУВАШИИ

Тарасова Л. В.^{1,2,3}, Муллина В. П.^{1,2}, Ворончихин В. В.^{1,2}, Аверина Н. Н.^{1,2}

¹ БУ «Республиканская клиническая больница», г. Чебоксары

² Республиканский гастроэнтерологический центр Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики

³ Медицинский факультет ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова».

Тарасова Л. В.

E-mail: tlarisagast18@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Проанализирована работа гастроэнтерологов, хирургов и эндоскопистов Республиканского гастроэнтерологического центра Чувашской Республики. Отмечена важность создания модели взаимодействия гастроэнтерологов, хирургов и эндоскопистов для развития высокотехнологичной гастроэнтерологии в Чувашской Республике.

Ключевые слова: гастроэнтерология, хирургия, эндоскопия, Чувашская Республика.

SUMMARY

The analysis of the joint work of gastroenterologists, surgeons and endoscopists Republican gastroenterological center of the Chuvash Republic. The importance of creating a model of interaction of gastroenterologists, surgeons and endoscopists for the development of high-tech gastroenterology in the Chuvash Republic.

Keywords: Gastroenterology, surgery, endoscopy, Chuvash Republic.

По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, в середине XXI века, заболевания органов пищеварения наравне с сердечно-сосудистой патологией в структуре заболеваемости населения будут занимать одно из ведущих мест. Образ жизни современного человека (стрессы, несбалансированное питание, гиподинамия) способствует к росту болезней органов пищеварения (кислотозависимых заболеваний, неалкогольной жировой болезни печени, воспалительных заболеваний кишечника, хронического панкреатита и др.). В борьбе с ними в современной гастроэнтерологии, за сравнительно короткий период времени коренным образом изменились многие диагностические и лечебные технологии, а верификация диагноза и визуальный мониторинг состояния органов пищеварения стал невозможен без взаимодействия гастроэнтеролога, эндоскописта и хирурга. Подобную модель демонстрирует работа специалистов

Республиканского гастроэнтерологического центра Бюджетного учреждения «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики (далее — Республиканский гастроцентр).

Целью создания в 2006 году Республиканского гастроцентра в Чувашии явилось совершенствование организации и повышение качества лечебно-диагностической помощи больным гастроэнтерологического профиля, организация учебно-методической базы для врачей и среднего медицинского персонала, а также создание модели взаимодействия гастроэнтерологов, хирургов и эндоскопистов для внедрения в медицинскую практику новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения болезней органов пищеварения и их доступность для населения Чувашии.

Для интеграции терапевтической и хирургической гастроэнтерологии в состав Республиканского

гастроцентра вошли: гастроэнтерологическое и хирургическое отделения, взаимодействие которых на сегодняшний день осуществляется со всеми диагностическими структурами бюджетного учреждения «Республиканская клиническая больница». В соответствии с приказом Минздравсоцразвития Чувашии «О совершенствовании оказания медицинской помощи взрослому населению Чувашской Республики при заболеваниях гастроэнтерологического профиля» от 17.08.2012 г. № 1138 консультативный прием гастроэнтерологических больных осуществляется в трех специализированных кабинетах гастроэнтеролога Республиканского гастроцентра. Запись на прием ведется посредством электронной регистратуры и доступна не только населению Чувашии, но и жителям других областей и республик Российской Федерации. Возможность проведения комплексного обследования органов пищеварения на амбулаторном этапе, а также посредством кратковременного размещения пациентов на койках дневного стационара позволило сделать этот вид оказания гастроэнтерологической помощи привлекательным для населения. Специалистами амбулаторного звена ведется составление регистров пациентов с портальной гипертензией, воспалительными заболеваниями кишечника, проводится отбор больных для специализированного стационарного гастроэнтерологического лечения и высокотехнологических хирургических вмешательств.

В настоящее время Республиканский гастроцентр является подразделением, осуществляющим, как специализированную, так и высокотехнологическую гастроэнтерологическую и гастрохирургическую помощь. Одним из приоритетных направлений деятельности терапевтической составляющей Республиканского гастроцентра являются диагностика и лечение заболеваний кишечника, распространенность которых в Российской Федерации значительна и достигает 32 случаев на 10 тысяч населения. Пациенты с дивертикулярной болезнью, ишемической болезнью толстой кишки, воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) — язвенным колитом и болезнью Крона — нуждаются в своевременной диагностике, использовании современных схем лечения и регулярном ультразвуковом и эндоскопическом мониторинге с целью предупреждения трансформации в колоректальный рак.

За годы работы Республиканского Гастроцентра квалифицированную медицинскую помощь получили 3425 пациентов с заболеваниями толстой кишки. Республиканский регистр больных ВЗК включает в себя 231 пациента с разной степенью активности и тяжести иммунного поражения кишечника и ежегодно пополняется новыми выявленными случаями заболеваний. Количество пролеченных пациентов с ВЗК в гастроэнтерологическом отделении Республиканского гастроцентра за последние 5 лет возросло на 45%. Гастроэнтерологи

центра владеют методиками генно-инженерной биологической терапии. Применение антицитокиновых препаратов при болезни Крона и язвенном колите позволяют достичь быстрого эффекта уже ко второй неделе лечения, а в дальнейшем при поддерживающей терапии, добиться стойкой ремиссии.

В 2012 году в рамках программы Модернизации здравоохранения Чувашской Республики Республиканский гастроцентр был оснащен современной газоанализаторной системой «Лактофан», предназначенной для диагностики синдрома избыточного бактериального роста в кишке, а также врожденных и приобретенных ферментопатий у детей и взрослых.

Одним из новых аспектов работы Республиканского гастроцентра является ведение больных с циррозами печени различной этиологии и профилактики осложнений синдрома портальной гипертензии. За последние десятилетия во всех странах мира отмечается рост числа больных циррозом печени, который является наиболее частой причиной развития портальной гипертензии. По данным ВОЗ смертность от цирроза печени и его осложнений занимает на сегодняшний день 8 место в структуре общей летальности.

Риск развития пищеводно — желудочного кровотечения в течение первых 2-х лет после выявления варикозной трансформации подслизистых вен пищевода составляет 30%, летальность при первом эпизоде кровотечения может достигать 50%. Если гемостаз достигается без применения эндоскопических или хирургических методов, рецидив кровотечения в течение первого года достигает до 50–70%, при 2-х летнем наблюдении — 70–90%. В целом, смертность больных циррозом печени при пищеводно — желудочном кровотечении достигает 30–60%.

Несмотря на имеющуюся тенденцию к снижению (на 7% за последние 3 года), распространенность заболеваний печени в Чувашии остается высокой, и в 2012 году составила 6,8 на 1 тыс. населения. В структуре патологии печени «львиную» долю (большую часть) занимают больные с фиброзом и циррозом печени.

Инновационными направлениями Республиканского гастроцентра являются применение методик лигирования и стентирования варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, апробированные и активно используемые в Республиканском гастроцентре с 2012 г.

Использование эндоскопического лигирования при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода позволило специалистам центра существенно снизить риск рецидива кровотечений у большинства больных. Кроме этого, риск развития системных осложнений при эндоскопическом лигировании варикозно-расширенных вен

пищевода (рис. 1)* практически отсутствует, так как метод является механическим и не связан с введением химических веществ в сосудистое русло.

Уникальной особенностью деятельности Республиканского гастроцентра Чувашской Республики является преемственность ведения пациентов с печеночной патологией между гастроэнтерологами и хирургами, что позволяет внедрять новые методы диагностики и лечения наиболее сложных заболеваний. Этому способствует и высокий уровень развития анестезиолого-реанимационной службы. Накопленный за последние годы опыт оперативных вмешательств на печени, внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоках и магистральных сосудах позволил сделать приоритетными направлениями хирургической службы Республиканского гастроцентра гепатологию, хирургическую панкреатологию, эндовидеохирургию. Выполняются операции на печени, желчевыводящих протоках, поджелудочной железе, желудке, двенадцатиперстной кишке, тонком и толстом кишечнике, селезенке при воспалительных и паразитарных заболеваниях, злокачественных и доброкачественных новообразованиях, реконструктивные и восстановительные операции.

Оказываются все виды вмешательств на печени согласно Европейской классификации резекций печени:

- правосторонняя расширенная гемигепатэктомия (IV, V, VI, VII, VIII);
- правосторонняя гемигепатэктомия (V, VI, VII, VIII);
- левосторонняя расширенная гемигепатэктомия (II, III, IV, V, VIII);
- левосторонняя гемигепатэктомия (II, III, IV, V);
- левосторонняя лобэктомия (бисегментэктомия II, III);
- сегментэктомия (указывается сегмент);
- неанатомические резекции печени (краевая резекция печени, перипухолевая резекция печени, энуклеация).

При анатомических резекциях печени широко используются методики обработки сосудисто-секреторных ножек глиссоновых ворот печени путем их выделения «admassum», прием Pringle (пережатие гепатодуоденальной связки), по показаниям полная сосудистая изоляция печени с пережатием нижней полой вены в подпеченочном и надпеченочном пространствах (фото 1)*. Применяются различные способы прецизионного разделения паренхимы печени, маневр подвешивания «hangingmaneuver» в резекционной хирургии печени, а так же различные методики окончательного гемостаза и профилактики желчеистечения после завершения резекции печени.

Выполняется радикальное хирургическое лечение опухоли Клатскина (Клацкина) 1, 2, 3А и 3В типов по Н. Bismuth.

При циррозе печени накладываются сосудистые анастомозы для больных циррозом печени класса А по Чайльду-Пью без признаков активности и с удовлетворительными параметрами центральной и печеночной гемодинамики.

Активно развивается также хирургия желчных путей. С появлением нового инертного и рассасывающегося шовного материала, атравматических игл, стентов и материалов с «памятью» выполняются прецизионные анастомозы при восстановительных операциях (билиобилиарные анастомозы) с каркасным дренированием и реконструктивные операции (создание билиодигестивного анастомоза) при высоких рубцовых стриктурах желчных протоков. Хирурги Республиканского гастроцентра прошли специализацию на курсе хирургической гепатологии при кафедре хирургии ФППОВ ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (проф. Э. И. Гальперин). Выполняются чрескожные — чреспеченочные вмешательства (ЧЧВ) на желчных протоках, как диагностические — ЧЧХГ (холангиография), биопсия, так и лечебные — ЧЧХС (холангиостомия). Показания к ЧЧВ на желчных протоках являются неудовлетворительные результаты применения всех других диагностических методов. Лечебные ЧЧВ — это паллиативный метод лечения механической желтухи при неоперабельном злокачественном поражении печени и желчного пузыря.

Количество высокотехнологичных операций на печени за последние 3 года в Республиканском гастроцентре увеличилось на 67%. Для разделения паренхимы печени при анатомических резекциях хирургами Гастроцентра внедрены методики монополярной электрокоагуляции с предварительным орошением зоны резекции 0,9% раствором хлорида натрия и сосудистой изоляции печени, селективная эндоваскулярная эмболизация питающего сосуда при гемангиомах печени.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития Чувашии «О совершенствовании медицинской помощи больным с хроническими панкреатитами, сопровождающимися внутрипротоковой гипертензией» от 05.06.2008 г. № 446, инициированным сотрудниками Республиканского гастроцентра, усовершенствовано ведение пациентов с хроническими панкреатитами, осложненными внутрипротоковой гипертензией начиная с амбулаторного приема и заканчивая стационарной специализированной и высокотехнологичной помощью. Модель ведения больных с тяжелыми вариантами хронического панкреатита, используемая специалистами Республиканского гастроцентра включает современные методы дезинтоксикационной, антиоксидантной и антицитокиновой терапии в комбинации с микрогранулированными и микротаблетированными высокодозными ферментными препаратами и хирургической коррекции в случае развития осложнений.

Хирургическая панкреатология представлена всеми современными видами оперативных

* Иллюстрации к статье — на цветной вклейке в журнал.

вмешательств в панкреатодуоденальной зоне. Показаниями к операции при хроническом панкреатите являются, в первую очередь, выраженный болевой синдром, не поддающийся медикаментозной терапии, снижающий качество жизни, а также такие осложнения, как стеноз общего желчного и панкреатического протоков, обструкция двенадцатиперстной кишки.

При отсутствии выраженных фиброзно-воспалительных изменений в головке поджелудочной железы и наличии дилатации главного панкреатического протока (5 мм и более), а также отсутствии осложнений хронического панкреатита накладывается продольный панкреатоеюноанастомоз. Дистальная резекция поджелудочной железы выполняется при выраженных локальных фиброзно-воспалительных изменениях (в хвосте и головке поджелудочной железы). При выраженных фиброзно-воспалительных изменениях во всей поджелудочной железе, широком или узком главном панкреатическом протоке проводится дуоденосохраняющая резекция головки поджелудочной железы в комбинации с наложением панкреатоеюноанастомоза.

При подозрении на наличие опухоли поджелудочной железы практикуется панкреато-дуоденальная резекция.

При дуоденосохраняющих операциях выполняется субтотальная резекция головки поджелудочной железы, при изолированном поражении головки железы и отсутствии изменений главного панкреатического протока, головка резецируется без дополнительного наложения панкреато-юноанального анастомоза. При диффузном склерозирующем панкреатите с узким протоком делается операция Я. Избики, продольная V-образная экцизия вентральной части поджелудочной железы.

Механическая желтуха является показанием к наложению гепатикоеюноанастомоза или внутреннего билиопанкреатического анастомоза (фото 2).

В настоящее время хирурги Республиканского Гастроцентра готовы оказать высокотехнологичную помощь при кистах поджелудочной железы: чрескожная пункция с аспирацией под ультразвуковым контролем; чрескожное пунктионно-катетеризационное дренирование под ультразвуковым контролем; наружное дренирование инфицированных кист, марсупиализация; цистодигестивные анастомозы; резекция поджелудочной железы различного объема. Внедрены и активно используются оперативные пособия и при свищах поджелудочной железы (окклюзия панкреатических свищей, панкреато-дигестивные анастомозы) и опухолях поджелудочной железы: дистальные резекции различного объема (фото 3), панкреатодуоденальные резекции типа Whipple (фото 4),

пилоросохраняющие панкреато-дуоденальные резекции и др. В 2012 г. внедрены эндovasкулярные вмешательства при хроническом панкреатите, осложненном наличием аневризм артерий чревного ствола.

Логичным со-аргументом успешного функционирования модели Республиканского гастроцентра является деятельность эндоскопической службы. В 2012 г. была внедрена и многократно апробирована методика эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, что проецирует перспективу проведения папиллосфинктеротомии и эндоскопической литотрипсии, а также эндопротезирования желчных протоков. Данные медицинские технологии являются наиболее востребованными сегодня и составляют основу будущего развития направления эндохирургической коррекции желчевыводящих протоков.

В рамках научно-исследовательской работы специалисты Республиканского гастроцентра приняли активное участие в многоцентровом Российском исследовании «ВИА АПИА» — восстановление качества жизни больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, проводимой под эгидой Научно-исследовательского института гастроэнтерологии г. Москвы, наряду с ведущими клиниками Рязани, Твери, Казани и Саранска. Результаты легли в основу Стандартов диагностики и лечения кислотозависимых заболеваний (4-е Московское соглашение, 2011 г). Проводимые исследования особенностей питания населения республики и микроэлементного дисбаланса у пациентов с патологией органов пищеварения легли в основу методических руководств: «Особенности питания пациентов с язвенной болезнью в Чувашской Республике», «Организация и популяризация диетического питания в Чувашской Республике», которые внедрены в работу Центров здоровья и «Гастрошкол» Чувашской Республики. Сотрудники Республиканского гастроцентра активно популяризируют здоровый образ жизни как в рамках работы Школ здоровья, так и в средствах массовой информации. Регулярное участие в международных и российских конгрессах и съездах позволяет гастроэнтерологам и хирургам Республиканского гастроцентра повышать свое профессиональное мастерство и осваивать новые методики. Главным аспектом своей профессиональной деятельности они считают не только компетентность, но и внимательное, доброе и заботливое отношение к каждому больному, обратившемуся за медицинской помощью.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ

**МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ,
ЭНДСКОПИСТОВ И ХИРУРГОВ, КАК НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ ЧУВАШИИ**



Рис. 1. Лигированные вены пищевода.

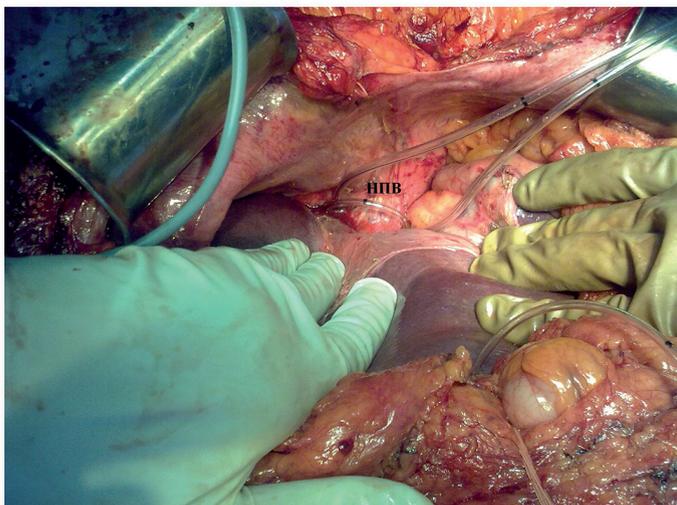


Фото 1. Обзор_Тарасова Гастроцентр Чувашии Фото 1. Сосудистая изоляция печени. Турникет надпеченочной части НПВ.

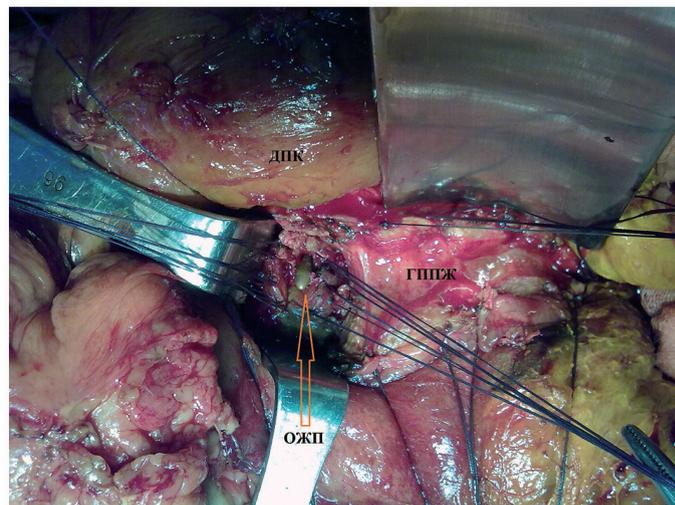


Фото 2. Операция Фрея с внутренним билиопанкреатическим анастомозом при ХП.

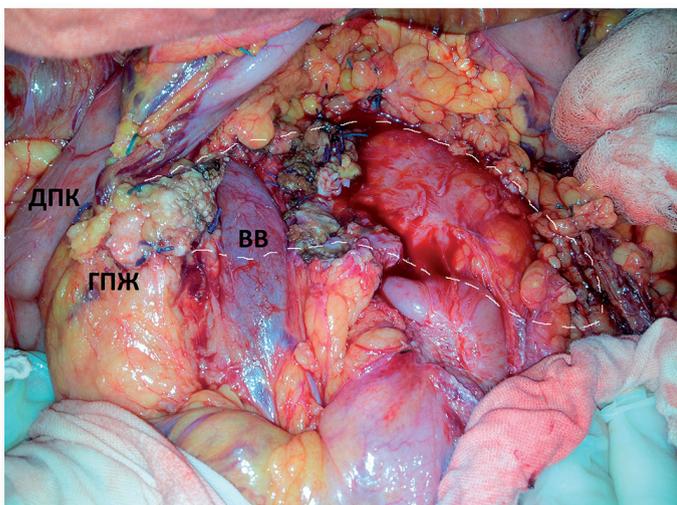


Фото 3. Резекция тела, хвоста ПЖ.

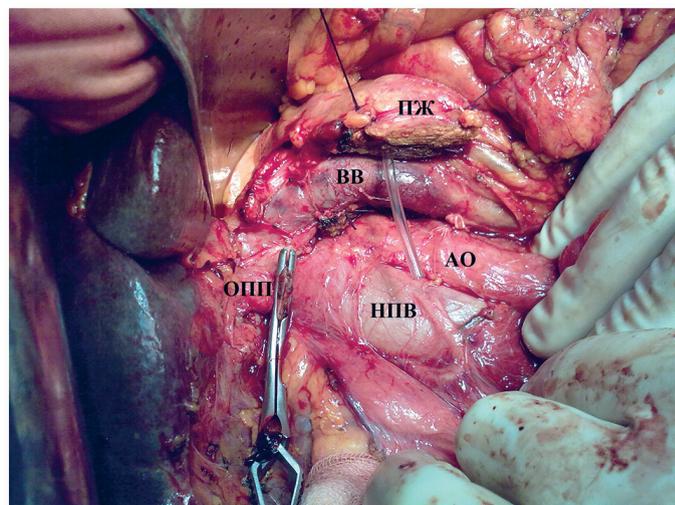


Фото 4. Гастропанкреатодуоденальная резекция.