

260. ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ С ФУНКЦИЕЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ЦВЕТОВОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ - FICE ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.

Стародубцев В.А., Полосин А.В., Баулин А.А. Куприянов М.П., Баулин В.А., Березина Н.П.

ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК», г. Пенза; кафедра хирургии ГИУВ, г. Пенза.

Цель. Оценить возможности трансназальной эзофагогастроуденоскопии и технологии FICE для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы. Приборы фирмы FUJINON – цифровой процессор EPX-4400 с функцией FICE. FICE – система интеллектуального цветового выделения патологии слизистой оболочки. Обычное цветное изображение преобразуется в несколько спектральных изображений, каждое из которых соответствует определенной длине волны от фиолетового – 400 нм, проникающего в поверхностные слои СО, до красного – 700 нм, проникающего в глубокие слои СО. Только определенные длины волн могут быть использованы для реконструкции изображения (система RGB); процессор позволяет выбирать спектральные изображения с определенной длиной волны, усиливать различия отраженного спектра и создавать высококонтрастные изображения, делая видимыми мельчайшие изменения структуры СО; в системе имеется 10 заводских настроек длин волн и возможность менять длину волны в интервале 400-650 нм. Фиброгастроскопы – EG-530 FP – трансоральный, EG-530 N – трансназальный. Изображение проецируется на экран HD-19 дюймов (увеличение до 30 раз с использованием цифрового zoom), фото – карта памяти CF, видео – DVD SONY, регистрация пациентов – система МЕДИАЛОГ 6.75 PMT, печать заключений – лазерный принтер HP Color Laser Jet 2505.

Результаты: обследовано 1383 пациента: мужчин 579, женщин 804. Трансорально выполнено 626 исследований, из них с применением технологии FICE 416; трансназально выполнено 759 исследований, из них с применением технологии FICE 629. С жалобами на боли обратилось 767 пациентов; по локализации боли распределились следующим образом – по ходу пищевода 64; за грудиной 43; в эпигастрии 559; в мезогастррии 89; в правом подреберье 164; в левом подреберье 148. С жалобами на симптомы желудочной диспепсии обратилось 765 пациентов; по симптомам они распределились следующим образом – изжога 395; горечь в полости рта 146; отрыжка 243; срыгивание 13; дисфагия 115; тошнота 185; рвота 57; тяжесть в желудке 275. ГЭРБ, в форме различных степеней рефлюкс-эзофагита по Савари-Миллеру в модификации G.N.J.Tytgat et al. (1990 г), выявлена у 1078 пациентов, что составило 77,9%. По данным ЦНИИГ (2009 г) частота выявления рефлюкс-эзофагита составила 37,8%; по собственным наблюдениям, используя оптоволоконные приборы OLYMPUS – 21,5% (2005-07 гг.). По степеням рефлюкс-эзофагит распределился

следующим образом – 1 ст. – 902 пациента (83,67%), 2 ст. – 128 пациентов (11,87%), 3 ст. – 32 пациента (2,97%), 4 ст. – 10 пациентов (0,93%), 5 ст. – 6 пациентов (0,55%). Степень недостаточности кардии оценивалась по степеням от первой до четвертой, в зависимости от вида сегмента слизистой пищевода при инверсионном осмотре нижнего пищеводного сфинктера и распределилась следующим образом: общее количество пациентов 897, из них 1 ст.- 401(44,7%), 2 ст.- 177(19,73%), 3 ст.- 132(14,71%), 4 ст.- 187(20,84%). Недостаточность кардии 4 ст. практически является эндоскопическим признаком грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, окончательный диагноз которой и определение типа грыжи устанавливался путем рентгеноскопии. Мы не отметили корреляционной зависимости между степенью рефлюкс-эзофагита и степенью недостаточности кардии. Трансназальная ЭФГДС дает преимущества в осмотре такой деликатной зоны, как кардия; при отсутствии рвотного рефлекса, используя режим «0» - R500 nm,G455nm,B515nm нам удалось получить высококонтрастные изображения зоны гастроэзофагеального перехода; используя режим «б» - R500nm,G480nm,B420nm удалось получить высококонтрастные изображения артериальных сосудов слизистой оболочки; используя режим «9» - R550nm,G500nm,B400nm удалось получить высококонтрастные изображения венозных сосудов слизистой оболочки. Анализируя полученные изображения, удалось более точно диагностировать рефлюкс-эзофагит различной степени выраженности. Начальные проявления ГЭРБ в виде рефлюкс-эзофагита 1-2 ст. хорошо поддаются консервативному лечению – у больных исчезают боли и симптомы желудочной диспепсии (изжога, отрыжка, горечь в полости рта и т.д.); но по литературным данным после отмены специфической антирефлюксной терапии рецидив заболевания возникает у 50% пациентов через 6 месяцев, а у 87-90% через 12 месяцев. По нашему мнению такой высокий процент рецидивов связан с наличием у данной группы пациентов недостаточности кардии различной степени выраженности. Выходов из данной ситуации два: 1- постоянная, поддерживающая терапия антирефлюксными препаратами и прокинетики; 2- хирургическое лечение, направленное на формирование дополнительной запирающей функции у нижнего пищеводного сфинктера. При этом использование трансназальной ЭГДС с применением технологии FICE и инверсионного осмотра нижнего пищеводного сфинктера позволяет выявить недостаточность кардии 3-4 ст. на ранней стадии проявления рефлюкс-эзофагита (1-2 ст.), когда еще не сформировались осложнения в виде рубцовых стриктур, язв, пищевода Баррета и рака.

Для объективной оценки переносимости пациентами различных способов проведения манипуляции применили исследование ситуативной тревожности перед ФЭГДС с использованием теста Спилберга-Ханина. Всего в исследовании принимало участие 230 пациентов; они были распределены на следующие группы:

1. ЭГДС трансорально (волоконные приборы) – 77
2. ЭГДС трансорально (видеогастроскопы) – 44
3. ЭГДС трансназально (видеогастроскопы) – 52

4. ЭГДС трансназально повторно (контроль лечения, динамическое наблюдение) – 57.

Высокий уровень тревожности выявлен у пациентов 1 и 2 групп; умеренный и низкий уровень тревожности выявлен у пациентов 3 и 4 групп.

Выводы. 1. Применение технологии FICE улучшает диагностику ГЭРБ, т.к. при использовании различных длин волн удается диагностировать мельчайшие изменения эпителия пищеводно-желудочного перехода. 2. Трансназальная ЭФГДС значительно лучше переносится пациентами, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в клинической практике, особенно для диагностики ГЭРБ. 3. Использование инверсионного осмотра и оценка степени недостаточности кардии дает возможность оценить прогностический результат консервативного лечения. 4. Наличие у пациентов недостаточности кардии 3-4 ст. и сопутствующего рефлюкс-эзофагита 1-2 ст. предполагает направление пациента в хирургическую клинику для проведения оперативного лечения, направленного на восстановление запирающей функции нижнего пищеводного сфинктера и коррекции грыжи, для исключения в последующем развития осложненных форм ГЭРБ. 5. Метод FICE требует дальнейшего клинического применения для изучения максимально полного использования его возможностей.

261. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА

Сторожаков Г.И.¹, Федоров И.Г.^{1,2}, Косюра С.Д.^{1,2}, Мерзликина Н.Н.^{1,2}, Ильченко Л.Ю.¹.

¹Кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова; ²Городская клиническая больница № 12 Департамента здравоохранения г. Москвы

Цель исследования: проанализировать особенности течения, трудности диагностики и лечения циррозов печени (ЦП) у пациентов в гастроэнтерологическом отделении (гэо) стационара мегаполиса.

Материалы и методы. В исследование включено 208 больных ЦП различной этиологии. Из них: мужчин – 147, женщин - 61 в возрасте 37-70 лет. Выраженность печеночно-клеточной недостаточности соответствовала классу «В-С» по Child-Pugh. Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование в гэо ГКБ № 12 г. Москвы (клиническая база кафедры госпитальной терапии № 2). Период наблюдения составил - 18 месяцев (июль 2008 г. – декабрь 2009 г.).

Результаты. Среди обследованных пациентов с ЦП преобладали мужчины старше 45 лет. По сравнению с 2007 г отмечено увеличение числа женщин, страдающих ЦП развившимся на фоне хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). При анализе социодемографических признаков выявлено: преобладание пациентов с ЦП, не имеющих постоянного вида деятельности, не достигших пенсионного возраста, со средним уровнем образования, низкой комплаентность к лечению (поздняя обращаемость в медицинские учреждения на стадии осложнений ЦП, а также

отсутствием абстиненции, продолжением алкоголизации, не системным приемом лекарственных препаратов). В этиологической структуре ЦП ведущее место занимает алкоголь и алкогольно-вирусные поражения. У основной части пациентов со смешанным ЦП (алкогольно-вирусным) установлено наличие хронической HCV-инфекции. Причем у четверти из всех обследованных в сыворотке крови выявлены маркеры репликации гепатотропных вирусов (HCV RNA, HBV DNA). Острый токсический гепатит, обусловленный, как правило, приемом суррогатов алкоголя и/или развившийся на фоне ЦП, диагностирован у 12% больных. Малая доля в этиологической структуре ЦП принадлежит ХЗП аутоиммунного генеза (8,2%). Особенности клинической картины у обследованных больных ЦП класса В-С по Child-Pugh является развитие полиорганной недостаточности и системной воспалительной реакции, вследствие возникновения различных инфекций. У половины пациентов (49%) с ЦП диагностированы инфекционные осложнения (пневмония, спонтанный бактериальный перитонит, мочевые инфекции, бактериальный эндокардит, сепсис и др.). При проведении бактериологических исследований в биологических средах пациентов (кровь, мокрота, асцитическая жидкость, бронхиальные смывы) у 1/3 выделены условно-патогенными микроорганизмы (*Bacillus subtilis*, *Enterococcus faecalis*, *E.Coli* и др.), резистентные к широко применяемым антибиотикам (АБ). Данные инфекционные осложнения усугубляли течение ЦП, ухудшали прогноз и значительно увеличивали стоимость лечения, в связи с необходимостью назначения АБ резерва. При оценке критериев рассчитанных по MELD, W. Maddrey, получено снижение предполагаемой выживаемости при естественном течении ЦП у трети больных до 3-6 мес. Диагноз ГЦК установлен у 3/208 (1,4%) больных ЦП, в 5 (1,4%) случаях из 352 больных с ХЗП выявлена холангиогенная карцинома. Учитывая, как правило, позднюю диагностику злокачественных опухолей гепатобилиарной системы, считаем целесообразным обязательное включение высокотехнологичных методов (КТ, МРТ) в программу обследования пациентов с ХЗП. В ГЭО создана палата интенсивного наблюдения и терапии. Двое больных включены в Лист ожидания трансплантации печени. На базе ГКБ № 12 создается регистр пациентов с ЦП. В группе пациентов с ЦП летальность составила 8,2% (кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, полиорганная недостаточность). Средний период наблюдения от момента установления диагноза ЦП до летального исхода не превышал 5±2,5 года. Среди пациентов выделена группа риска повышенной летальности от осложнений ЦП.

Выводы. С целью оптимизации оказания медицинской помощи больным с ЦП необходимо широко внедрять в клиническую практику высокотехнологические методы диагностики и современной терапии; соблюдать преемственность в работе специалистов амбулаторно-поликлинического звена и стационара (гастроэнтерологов, инфекционистов, наркологов, хирургов, трансплантологов). Это позволит улучшить качество и продолжительность жизни, замедлить прогрессирование ХЗП и развитие ГЦК,