

Мужчин – 17, женщин – 3. Возраст от 43 до 73 лет. Распределение пациентов по критерию Т было следующим: T_1 – 6, T_2 – 9, T_3 – 3, T_4 – 2. Всем пациентам вводился радиоактивный коллоид (^{99m}Tc -«Nanocis») в дозе 80 МБк. Введение препарата выполнялось во время проведения фиброгастроскопии в подслизистый слой желудочной стенки по периметру опухоли в четыре точки по 20 МБк иглой NM-2001 -0821-A за 24 ч до операции. Местной и общих реакций на введение радиоактивного препарата не отмечалось. Время проведения эндоскопического исследования увеличивалось на 5–10 мин. Сцинтиграфия проводилась на гамма-камере Е.САМ (Siemens, Германия) через 20 мин, 2 и 18 ч после введения радиоактивного коллоида в режиме однофотонной эмиссионной компьютерной томографии. Всем пациентам выполнялась гастрэктомия с лимфодиссекцией D2. Сторожевые л/узлы выявлялись после удаления препарата с помощью гамма-зонда «Радикал» (НТЦ «Амплитуда», Россия). Выделенные «сторожевые» лимфатические узлы маркировались для морфологического исследования.

Результаты. На основании данных ОЭКТ и последующей детекции сторожевых лимфатических узлов у 20 пациентов удалено и отмаркировано 52 узла. В зависимости от диаме-

тра первичной опухоли колебалось количество выявленных сторожевых лимфатических узлов: при новообразованиях менее 3 см – количество лимфоузлов от 1 до 3, 3–5 см – 2–4 и более 5 см – 2–4 СЛУ. У 8 пациентов по данным гистологического исследования имелось метастатическое поражение сторожевого узла и всех остальных удаленных лимфатических узлов. У 11 пациентов сторожевые узлы не поражены и, соответственно, не выявлено метастатического поражения других лимфатических узлов. У 1 больного сторожевой лимфатический узел не содержал клеток опухоли, тогда как в последующих узлах выявлено метастатическое поражение. Частота выявления метастатически измененных узлов зависела от диаметра первичной опухоли: при новообразованиях менее 3 см лимфогенный метастаз выявлен у 1 (11 %) пациента, 3–5 см – у 3 (60 %) пациентов и более 5 см – у 5 (83 %) больных.

Выводы. Исследование «сторожевых» лимфатических узлов при аденокарциноме желудка с применением радиоактивного коллоида, введенного в стенку желудка вокруг опухоли, не усложняет эндоскопическое исследование и обладает достаточно высокой информативностью в оценке лимфогенного распространения опухоли.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ЭНДСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ-РАКОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

А.П. КОШЕВОЙ, Д.Н. ЧИРКОВ, О.А. ШЕЛКО

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ, г. Северск

В лечении кровотечений из варикозных вен пищевода эндоскопические методы играют значимую роль. Однако лигирование расширенных вен недоступно для многих стационаров, а склерозирование характеризуется развитием некрозов, изъязвлений и значительным числом рецидивов – до 50 %.

Цель исследования – оценить надежность и эффективность применения нового способа интравазального склерозирования варикозно расширенных вен пищевода с использованием

микрораспределенной формы 3 % раствора Фибровейна.

Материал и методы. Склерооблитерации в плановом порядке подверглись 46 больных циррозом-раком (3) и циррозом печени (43): в целях вторичной профилактики рецидива – 15 (32,6 %), в отдаленном послеоперационном периоде – 22 (47,8 %) и в целях первичной профилактики – 9 (19,6 %). Для выполнения манипуляции у 26 пациентов использовали склерозант в жидкой форме (1 группа), у 20 – в

пенообразной (2 группа). Риск кровотечения из расширенных вен пищевода и желудка, показания к склеротерапии, контроль эффективности манипуляций определяли с помощью эндоскопической ультрасонографии (патенты РФ № 2246893, № 2257149, приоритетная справка № 2008148690). При склерооблитерации (патент РФ № 2357700) использовали мелкодисперсную пену, которую вводили в просвет вены в объеме 5,5 мл во время одной инъекции. Обычно в течение сеанса выполняли не более 2 инъекций, осуществляя воздействие на 1–2 венозных ствола. Количество сеансов определяли, ориентируясь на необходимость последовательной эрадикации расширенных вен.

Результаты. При проведении флебосклерооблитерации не было отмечено каких-либо нежелательных реакций. Перемещения пены за пределы гастроэзофагеальных коллатералей пищевода и желудка не зафиксировано. Анализ осложнений показал, что развитие загрудинных болей и дисфагии после склерозирования микропенной сократилось в 3 раза и составило 15,0 %, в то время как при склерозировании жидкой формой – 46,1 %. Повышение температуры до 38°C в 1-е сут у больных не было отмечено, однако встречалось у 7,7 % больных при склерозировании по стандартной методике. Кровотечение из мест пункции не наблюдалось после манипуляций по новому методу, но присутствовало у 23,1 % больных при использовании раствора. Формирования рубцовых стриктур и перфорации пищевода не наблюдали в обеих группах. Это объясняется тем, что во время инъекции всю дозу склерозанта вводили строго в просвет

сосуда, что устраняло риск попадания препарата в мышечный слой пищевода. Число некрозов в местах введения склерозанта вследствие попадания агрессивного вещества в слизистый и подслизистый слои сократилось с 57,7 % до 10,0 %, а развитие рецидива геморрагии вследствие образования язвы в месте пункции – с 3,8 % до 0 %. Число сеансов склерозирования, выполняемых в клинике в целях облитерации венозных сосудов, уменьшилось с 4–7 до 1–3. Оценка отдаленных результатов показала, что выполнение мониторинга и, при необходимости, повторных сеансов склерозирования 1 раз в 3 мес в течение первого года, затем 1 раз в полгода обеспечило отсутствие рецидивов кровотечений в 95 % случаев. Кроме того, при склерозировании сосудов пищевода у 6 больных отмечены значительное уменьшение в размерах расширенных вен желудка диаметром 4–11 мм и даже в некоторых случаях их облитерация.

Выводы. Предложенный метод интравазального склерозирования является эффективным и безопасным методом профилактики кровотечений из варикозных вен пищевода. Высокая его эффективность определяется вытеснением крови из просвета вены и более длительным контактом склерозанта с эндотелием сосуда. Модификация состояния флебосклерозирующего препарата значительно увеличивает его объем при снижении стандартной дозы вещества. Применение метода целесообразно и с экономических позиций в связи со снижением количества склерозанта и сокращения общего числа сеансов.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ТУБУЛЯРНЫХ АДЕНОМАХ

А.П. КОШЕЛЬ, Н.С. РУДАЯ

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ, г. Северск

Аденома – истинная доброкачественная опухоль железистой ткани, которая составляет 3–13 % неоплазий желудка. Один и тот же очаг диспластического аденоматозного эпителия может трактоваться как аденома, дисплазия либо карцинома. Это зависит от опыта специалиста

и от качества гистологического исследования, но до настоящего времени данная проблема остается дискуссионной. Классически аденомы выглядят как полиповидные образования, возвышающиеся над поверхностью слизистой, однако начальные аденоматозные изменения