

**Насибуллин Ильдар Марсович** – к.м.н., ассистент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Псориатический артрит: патогенез, клиника, диагностика, лечение / С. Г. Милевская, Г.И. Суколин, В.Г. Куклин, О.В. Торбина. – Казань, 1997. – 83 с.
2. Angiogenic and Inflammatory Properties of Psoriatic Arthritis / Toshiyuki Yamamoto//Dermatology. – 2013. – V.7. – 630620.
3. Пинсон, И.Я. Иммунопатологические механизмы псориаза и их коррекция при фототерапии УФБ лучами (308 нм) эксимерным лазером: автореф. дисс. д-ра мед. наук. – М., 2006.
4. W. H. Boehncke. Modern therapy of psoriasis : evidence-based, patient-centered, goal-oriented /Klinik fur Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Klinikum der Goethe Universität, Frankfurt am Main, DeutschlandHautarzt 63:589-94; quiz 595-6. 2012.
5. Довжанский С.И. Генетические и иммунные факторы в патогенезе псориаза / С.И.Довжанский, И.Я.Пинсон // Рос.журн.кожн.и венер.болезней. – 2006. – №1.
6. Корсунская, И.М. Новое в патогенетической терапии псориаза /И.М. Корсунская, М.М.Резникова, Л.Т.Тогоева [и др.]. // Докт.ру. – 2005. – №3. – С. 20.
7. Christophers K. Psoriasis – epidemiology and clinical spectrum// Clin. Exp. Dermatol. – 2001; 26: 314–20.
8. Menter A., Smith C., Barker J. Psoriasis. – Oxford. Health Press 2004; 104.
9. Лыкова, С.Г. Некоторые аспекты взаимосвязи псориаза и метаболического синдрома / С.Г. Лыкова, О.Б.Немчанинова, О.С.Петренко// Росс. журнал кожн. и вен. болезней. – 2003. – № 4. – С.34-36.
10. Адаскевич В.П. Индекс качества жизни в дерматологических исследованиях /В.П. Адаскевич, В.П.Дуброва, А.В.Пуртов //Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2003. – №4. – С.42-45.
11. Довжанский, С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматол. – 2001. – № 3. – С.12-13.
12. Кулагин, В.И. Особенности течения атопического дерматита и псориаза у больных, страдающих психологическими нарушениями. Концепция и определение качества жизни больных в дерматовенерологии /В.И. Кулагин, О.В.Павлова // Вестн. дерматол. – 2007. – № 1. – С.16-19.
13. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. – М., 2005. – 740 с.
14. Михайлов, Б.В. Соматоформные расстройства // Medicus Amicus. – 2005. – № 6. – С. 5-6.
15. Великанова, Л.П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) /Л.П. Великанова, Ю.С.Шевченко// Соц. и клин. психиатр. – 2006. – Т. 15, № 4. – С. 79-91.
16. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression// Arch. Gen. Psychiatry.– 1961.–Vol. 4.– P.561-571.
17. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use // Clin. Exp. Dermatol. – 1994. – Vol. 19. – P. 210-216.

УДК 617-089.844

© Р.Б. Мумладзе, Г.М. Чеченин, С.С. Лебедев, Ю.В. Баринов,  
И.Ю. Коржева, Г.Г. Мелконян, М.Ю. Олимпиев, А.А. Серёгин, Ю.А. Козлова, 2013

Р.Б. Мумладзе<sup>1</sup>, Г.М. Чеченин<sup>1</sup>, С.С. Лебедев<sup>1</sup>, Ю.В. Баринов<sup>1</sup>,  
И.Ю. Коржева<sup>1,2</sup>, Г.Г. Мелконян<sup>1,2</sup>, М.Ю. Олимпиев<sup>1</sup>, А.А. Серегин<sup>1</sup>, Ю.А. Козлова<sup>2</sup>  
**СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА  
И ФОРМИРОВАНИЯ ГАСТРОСТОМЫ ЛАПАРОТОМНЫМ МЕТОДОМ  
У БОЛЬНЫХ С ДИСФАГИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ  
ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВОДА**

<sup>1</sup>ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»  
Минздрава России, г. Москва

<sup>2</sup>Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, г. Москва

Задачей исследования являлась оценка влияния стентирования пищевода на качество жизни пациентов с неоперабельным раком пищевода в сравнении с гастростомией.

В статье проанализирован опыт лечения 142 пациентов с неоперабельным раком пищевода, 94-м выполнено стентирование пищевода и 48 пациентам сформирована гастростома на базе ГКБ им. С.П. Боткина (г. Москва) в период с 01.01.2007 по 31.12.2012.

Проведено сравнение по показателям средней послеоперационной выживаемости – 151,2 дня у стентированных больных и 72 дня у больных после гастростомии, количеству осложнений - 8 (8,5%) у стентированных больных и 15(31,3%) у больных после гастростомии, количеству летальных исходов – 10 (9,4%) у стентированных больных и 12 (25%) у пациентов после гастростомии.

Выводы: стентирование пищевода значительно повышает качество жизни больных неоперабельным раком пищевода.

**Ключевые слова:** рак пищевода, Нитинол, пищеводный стент, гастростома, дисфагия.

R.B. Mumladze, G.M. Chechenin, S.S. Lebedev, Yu.V. Barinov,  
I.Yu. Korzheva, G.G. Melkonyan, M.Yu. Olimpiev, A.A. Seregin, Yu.A. Kozlova  
**COMPARISON OF ESOPHAGEAL STENTING AND GASTROSTOMY IN PATIENTS  
WITH DYSPHAGIA CAUSED BY UNRESECTABLE ESOPHAGEAL CANCER**

Objective: to evaluate the effect/results of esophageal stenting on quality of life in patients with unresectable esophageal cancer in comparison with gastrostomy.

The results of treatment of 142 patients with unresectable esophageal cancer, treated at Botkin memorial hospital, Moscow, Russia between 01.01.2007 and 31.12.2012, have been analyzed. 94 (66%) of them underwent stenting and the remaining 48 underwent gastrostomy.

The mean duration of survival time in the intervention group was 151.2 days compared with 72.0 days in the control group. Postoperative mortality rate was 9.4% and 25.0% in the two groups respectively. Complications after esophageal stenting were observed in 8 cases (8.5%) and in 15 cases (31.3%) following gastrostomy.

Conclusions: esophageal stenting significantly increases quality of life in patients with unresectable esophageal cancer.

**Key words:** esophageal cancer, Nitinol, esophageal stent, gastrostomy, dysphagia.

Стентирование (эндопротезирование) пищевода – это вмешательство, выполняемое с целью восстановления и поддержания прохода пищевода для сохранения пассажа пищи путем введения специальных трубчатых конструкций (стентов). Интубация пищевода с целью коррекции дисфагии при злокачественных стриктурах применяется уже более 100 лет [2]. Первое сообщение об успешном стентировании пищевода датировано 1885 годом, когда Simonds ввел каучуковую трубку в просвет пищевода пациента с дисфагией, вызванной опухолью [3]. После этого в литературе встречались эпизодические упоминания о попытках стентирования пищевода. Широкое распространение эндопротезирование пищевода получило в 50-х годах прошлого века. В 1959 г. Celestin описал этап операции при карциноме пищевода, который заключался во введении пластикового эндопротеза через лапаротомный доступ [4,14]. В 70-х годах Atkinson внедрил эндоскопическое введение пластикового протеза с малым числом осложнений [10]. Однако чрезмерная жесткость стента, большой внешний и малый внутренний диаметры обуславливали возникновение ряда осложнений. Ранними осложнениями являлись: перфорация пищевода, кровотечение, нарушение дыхания из-за сдавления трахеи и др. Частота их достигала 36%, а летальность – от 2 до 16 % [12]. На смену пластиковым протезам пришло новое поколение металлических саморасправляющихся стентов, которые были более простыми и безопасными в применении. Впервые эндоскопическое введение расправляющихся металлических спиральных стентов описал Frimberger в 1983 году [8]. В России И.Х. Рабкин и соавторы в 1989 году выполнили рентгеноэндоэзофагеальное протезирование нитиноловым протезом при раке пищевода 3 больным. С этого периода начинается активная модернизация стентов и методик их установки. Теоретически преимущества саморасправляющихся пищеводных стентов над обычными жесткими стентами заключаются в более простой установке и более низком риске кровотечения или перфорации пищевода во время имплантации. Практическое применение таких стентов, по мнению многих авторов, поможет улучшить непосредственные и отдаленные результаты восстановления проходимости пищевода, снизить количество ранних и поздних осложне-

ний, значительно улучшить качество жизни пациентов.

В настоящее время используют два типа нитиноловых стентов по способу изготовления: плетеные (сплетены из нитиноловых нитей) и матричные (вырезаны лазером из нитиноловой трубки). Различают непокрытые стенты и стенты с внутренним и/или внешним покрытием. Для внутреннего и/или наружного покрытия используются материалы из полиуретана, полиэтилена, силикона, полиэстера, политетрафторэтилена [6,9].

Все стенты имеют рентгенопозитивные метки на концах и в середине стента для более точного его позиционирования. По способу расправления стенты подразделяются на саморасширяющиеся и раскрываемые баллоном. Несмотря на высокую стоимость нитиноловых стентов (в пределах 1000-3000 долл. США) и 10-кратное различие в цене между саморасширяющимися и обычными протезами, недавние исследования показали, что в лечении злокачественных структур пищевода саморасширяющиеся металлические стенты экономически выгоднее и безопаснее, чем жесткие пластиковые протезы. Большинство авторов утверждает, что имплантация саморасширяющихся нитиноловых стентов с целью ликвидации дисфагии, обусловленной злокачественной опухолью, – безопасная и высокоэффективная операция [1,4,6,7,8,12,13].

В настоящее время в клинической практике используется 8 основных типов и множество подтипов металлических саморасширяющихся стентов, причем как с пластиковым покрытием, так и без него [5]. Диаметр большинства стентов при полном расправлении составляет 18-25 мм, длина колеблется от 6 до 18 см. Для стентирования протяженных стриктур возможна установка двух и более стентов. Внутрипищеводные стенты устанавливают с помощью систем введения малого калибра, проксимального и дистального видов раскрытия, в которых стенты находятся в сжатом состоянии [1,5,11].

В нашей клинике стентирование пищевода применяется с 2007 года. За указанный срок выполнено около 150 стентирований пищевода.

Целью настоящего исследования было сравнение применения стентирования пищевода и гастростомии для обеспечения энте-

рального питания у неоперабельных больных с опухолевым поражением пищевода и кардиального отдела желудка. В основную группу включены 94 пациента, которым выполнялось стентирование пищевода; в контрольную – 48 больных, обеспечение энтерального питания у которых достигнуто с помощью гастростомии. Пациенты обеих групп обследованы. Гистологически диагноз верифицирован. Возрастно-половой состав основной и контрольной групп статистически достоверно не различался ( $p \leq 0.05$ ), нозологические формы были также идентичны. Все указанное делает группы статистически однородными и позволяет проводить их сравнительный анализ.

### Материал и методы

Стентирование по поводу опухолевого поражения пищевода за период с 2007 по 2012 год выполнено 94 пациентам: 18 из них женщины, 76 мужчины. Больные были в возрасте от 47 до 82 лет, средний возраст составил 67,4 года. У 8 (8,5%) больных в раннем послеоперационном периоде выявлены различные осложнения. 10 (9,4%) пациентов скончались в стационаре. Средняя послеоперационная выживаемость составила 151,2 дня, средний предоперационный койко-день – 10,5 дня. При этом следует отметить, что пациенты, поступавшие непосредственно для стентирования, оперированы в среднем на вторые сутки, а такой значительный предоперационный койко-день связан с дополнительными методиками разрешения пищеводной непроходимости. Средний послеоперационный койко-день составил 4,8 дня, средний общий койко-день – 15,3 дня. 8 пациентам стентирование выполнялось с анестезиологической поддержкой: 3 пациента нуждались в дополнительной внутривенной седации, 5 пациентам стентирование выполнялось под эндотрахеальным наркозом, при этом следует отметить, что эндотрахеальный наркоз 4 пациентам проводился на первом году от начала применения методики, в дальнейшем от него удалось практически отказаться. Наркотические анальгетики в послеоперационном периоде не назначались.

Стентирование по поводу рака желудка с распространением на пищевод выполнено 26 пациентам в возрасте 50-82 лет. Средний возраст больных составил 66,6 года. Дислокация стента в желудок отмечена у 2 больных, им произведена эндоскопическая коррекция положения стента. У 2 больных в раннем послеоперационном периоде выявлен острый медиастинит. Несмотря на проводимую тера-

пию, больные скончались на 5- и 6-е сутки. У 2 пациентов ранний послеоперационный период осложнился желудочным кровотечением, им произведен эндоскопический гемостаз. Еще 2 пациента скончались в стационаре, обе смерти связаны с генерализацией ракового процесса. Средняя послеоперационная продолжительность жизни этой группы больных составила 144,7 дня.

Стентирование по поводу рака пищевода выполнено 56 пациентам в возрасте 47 – 89 лет. Средний возраст составил 69,5 года. Стентирование средней и нижней трети пищевода выполнено 20 пациентам, в раннем послеоперационном периоде осложнений не выявлено. У одного пациента дисфагия отмечалась в течение 2-х суток, далее явления купировались. 3 пациента скончались в стационаре из-за генерализации ракового процесса. Стентирование нижней трети пищевода выполнено 12 пациентам, в раннем послеоперационном периоде у 1 пациента выявлена дислокация стента в желудок, произведена эндоскопическая коррекция. Один пациент скончался в стационаре из-за генерализации ракового процесса. Стентирование верхней трети пищевода выполнено 11 пациентам, ранних послеоперационных осложнений в этой группе не выявлено. Стентирование верхней и средней третей пищевода выполнено 7 пациентам, ранних послеоперационных осложнений в этой группе не выявлено. Стентирование средней трети пищевода выполнено 6 пациентам, у одного пациента выявлена дислокация стента в дистальном направлении, произведена эндоскопическая коррекция положения стента. Средняя послеоперационная продолжительность жизни этих пациентов составила 157,6 дня.

Стентирование по поводу опухолевого стеноза эзофагоэуноанастомоза выполнено 12 пациентам в возрасте 38 – 77 лет. Средний возраст составил 60,3 года. В раннем послеоперационном периоде осложнений не выявлено. Двое пациентов скончались в стационаре из-за генерализации ракового процесса. У одного больного сохранялись позывы к рвоте, больной выписан из стационара с рекомендацией о приеме противорвотных средств. Средняя послеоперационная выживаемость составила 330 дней.

Формирование гастростомы лапаротомным методом по поводу опухолевой непроходимости пищевода за период с 2007 по 2012 год выполнено 48 пациентам в возрасте 21 – 83 лет, из них 18 женщин и 30 мужчин. Средний возраст больных составил 66,6 года. У 15

(31,3%) больных в раннем послеоперационном периоде выявлены послеоперационные осложнения. 12 (25%) пациентов скончались в стационаре. Средняя послеоперационная выживаемость составила 72 дня, средний предоперационный койко-день – 9,3 дня. Средний послеоперационный койко-день – 13,6 дня. Средний общий койко-день – 22,9 дня. Всем больным оперативное вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом.

У 3 больных ранний послеоперационный период осложнился желудочно-кишечным кровотечением. Все больные скончались в послеоперационном периоде, причиной смерти послужила прогрессия основного заболевания, осложнившаяся постгеморрагической анемией. У 7 пациентов в раннем послеоперационном периоде произошла дислокация установленного катетера Пеццера, всем больным выполнена релапаротомия с повторной установкой гастростомы. 4 пациента после повторного вмешательства скончались на фоне септических осложнений и осложнений основного заболевания. У 3 пациентов в раннем послеоперационном периоде в зоне лапаротомной раны выявлялись жидкостные скопления, при посеве раневого отделяемого выявлялся рост патологической флоры. У всех больных проводилась тщательная санация раны, коррекция антибактериальной терапии.

У 2 пациентов ранний послеоперационный период осложнился развитием сепсиса, у одного из них до лапаротомной гастростомии проводилась попытка эндоскопической установки гастростомы. Оба пациента скончались в стационаре. Смерть наступила на фоне прогрессирующей инфекции и развития осложнений основного заболевания.

### **Результаты и обсуждение**

У 8 (8,5%) пациентов после стентирования пищевода в раннем послеоперационном периоде выявлены различные осложнения, после формирования гастростомы в раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 15 больных (31,3%). Средняя послеоперационная выживаемость у стентированных больных составила 151,2 дня, у пациентов после формирования гастростомы этот показатель равен 72 дням, различия достоверны ( $P = 0,045$ ). Таким образом, послеоперационная выживаемость достоверно ниже при гастростомии. Послеоперационная летальность в группе стентированных больных составила 10 (9,4%) пациентов, в группе после формирования гастростомы – 12 (25%) пациентов. Длительность предоперационного пе-

риода была выше в группе стентированных больных – 10,5 дня, тогда как в группе больных, перенесших гастростомию, она составила 9,3 дня, различия не достоверны ( $P = 0,552$ ). Послеоперационный койко-день после стентирования пищевода составил 4,8 дня, у больных после гастростомии – 13,6 дня, различия достоверны ( $P = 0,0000017$ ). Таким образом, при стентировании послеоперационный койко-день был достоверно меньшим в сравнении с послеоперационным койко-днем при гастростомии. Общий койко-день у пациентов после стентирования составил 15,3 дня, у больных после гастростомии – 22,9 дня, различия достоверны ( $P = 0,000488$ ). Таким образом, при стентировании общий койко-день достоверно меньше общего койко-дня при гастростомии. Во время стентирования пищевода 8 пациентов (8,5%) нуждались в анестезиологической поддержке, 3 больным (3,2%) стентирование выполнено с внутривенной поддержкой, 5 пациентам (5,3%), вмешательство выполнено под эндотрахеальным наркозом, 48 больным (100%) гастростомия выполнялась под эндотрахеальным наркозом. Больным после стентирования пищевода наркотические анальгетики не назначались, все больные после формирования гастростомы нуждались в обезболивании: омнопон получали 4 пациента, трамадол – 20 больных, промедол – 6 пациентов, наркотические пластыри использовались в 4 случаях, нестероидные противовоспалительные анальгетики назначались 14 больным. Если рассматривать вмешательства с точки зрения экономической выгоды нами совместно с отделом платных услуг ГКБ им. С.П.Боткина была подсчитана примерная стоимость: операция стентирования пищевода стоит 39500 рублей, операция гастростомии лапаротомным методом – 48000 рублей, предоперационный план обследования стоит 8000 рублей, койко-день в реанимации – 9000 рублей, койко-день в отделении – 2000 рублей. Во время подсчетов нами не учитывался предоперационный койко-день, после всех подсчетов средняя стоимость стентирования пищевода составила 59110 рублей, общая стоимость формирования гастростомы лапаротомным методом – 105060 рублей с учётом нахождения в реанимационном отделении 1 койко-день после операции (см. таблицу).

Также нами было проведено сравнение больных на момент выписки (умершие больные не учитывались) по индексу Карновского (80% у стентированных больных и 66,7% у больных со сформированной гастростомой), различия достоверны ( $P = 0,0000004$ ). Таким

образом, индекс Карновского меньше при гастростомии. По шкале ECOG-ВОЗ – 1,6 балла у стентированных больных и 233 балла у больных со сформированной гастростомой,

различия достоверны ( $P = 0.0000005$ ). Таким образом, по шкале ECOG-ВОЗ баллов больше у больных после формирования гастростомы.

Таблица

Метод	Показатель					
	осложнения	послеоперационная выживаемость	послеоперационная летальность	индекс Карновского	шкала ECOG-ВОЗ	стоимость для больных без полиса ОМС
Стентирование пищевода	8 (8,5%)	151,2 дня	10 (9,4%)	80%	1,6 балла	59110 руб.
Гастростома	15 (31,3%)	72 дня	12 (25%)	66,7%	2,3 балла	105060 руб.

## Выводы

1. Более высокий показатель средней послеоперационной выживаемости при стентировании пищевода, скорее всего, говорит о значительном влиянии оперативного вмешательства, о наличии входных ворот для инфекции, физиологичности метода приёма пищи, периода послеоперационной иммобилизации пациентов, об отрицательном влиянии ИВЛ на ослабленных больных.

2. Учитывая полученные данные, стентирование пищевода предпочтительнее ввиду сокращения койко-дня, и ускорения оборота койки.

3. Отсутствие потребности стентированных больных в дополнительном обезболивании наркотическими анальгетиками делает данный метод предпочтительным при наличии в анамнезе приёма наркотических анальгетиков.

4. Риск развития осложнений в раннем послеоперационном периоде в 3,7 раза ниже у больных, перенесших стентирование пищевода.

5. Наиболее весомым аргументом в пользу применения стентов пищевода является значительное повышение качества жизни таких больных.

## Сведения об авторах статьи:

**Мумладзе Роберт Борисович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. Адрес: 123995, г. Москва, 2-й Боткинский пр., 5. Тел. 8 (499) 762-61-73.

**Чеченин Григорий Михайлович** – к.м.н., доцент кафедры хирургии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. Адрес: 123995, г. Москва, 2-й Боткинский пр., 5. Тел. 8 (499) 762-61-73.

**Лебедев Сергей Сергеевич** – к.м.н., доцент кафедры хирургии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. Адрес: 123995, г. Москва, 2-й Боткинский пр., 5. Тел. 8 (499) 762-61-73.

**Баринин Юрий Владимирович** – к.м.н., доцент кафедры хирургии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. Адрес: 123995, г. Москва, 2-й Боткинский пр., 5. Тел. 8 (499) 762-61-73.

**Коржева Ирина Юрьевна** – д.м.н., доцент кафедры хирургии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. Зав. отд. эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина. Адрес: 123995, г. Москва, 2-й Боткинский пр., 5. Тел. 8 (499) 762-61-73.

**Мелконян Георгий Геннадьевич** – к.м.н., доцент кафедры хирургии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. Зав. хир. отд. ГКБ им. С.П. Боткина. Адрес: 123995, г. Москва, 2-й Боткинский пр., 5. Тел. 8 (499) 762-61-73.

**Олимпиев Михаил Юрьевич** – аспирант кафедры хирургии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. Адрес: 123995, г. Москва, 2-й Боткинский пр., д. 5. E-mail: lysander@list.ru.

**Серегин Андрей Анатольевич** – зав. отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения ФБУЗ Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России. Адрес: 603001, г. Нижний Новгород, Нижневолжская набережная, 2.

**Козлова Юлия Андреевна** – врач-рентгенолог ГКБ им. С. П. Боткина. Адрес: 123995, г. Москва, 2-й Боткинский пр., 5. Тел. 8 (499) 762-61-73.

## ЛИТЕРАТУРА

- Соколов, В.В. Эндоскопическое протезирование при злокачественной стриктуре пищевода / В.В. Соколов // Клинические технологии. – 2007. – № 1. – С. 16.
- Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2008. – С. 4-6.
- Панцырев, Ю.М. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта / Ю.М. Панцырев, Ю.И. Галлингер. – М.: Медицина, 1984. – 192 с.
- Стенозирующий первичный и рецидивный рак пищевода и желудка: эндоскопическое лечение и протезирование / В.И. Чиссов [и др.] // Материалы VI Всероссийского съезда онкологов. - Ростов-на Дону, 2005. – Т. 2. – С. 78-80.
- Эндоскопическое лечение при раке пищевода: пособие для врачей / В.В. Соколов [и др.] – М., 2004 - 16 с.
- Эндоскопическая реканализация и стентирование при раке пищевода у больных с дисфагией III-IV степени / В.В. Соколов [и др.] // Вестник Московского Онкологического общества. – 2004, № 12. – с. 7.
- Ross W., Alkassab F., Lynch P. et al. Evolving role of self-expanding metal stents in the treatment of malignant dysphagia and fistulas // Gastrointestinal Endoscopy. – 2007. – 65, № 1. – P. 70-76.
- Frimberger E. Expanding Spiral- a new type of prosthesis for the palliative treatment of malignant esophageal stenosis. Endoscopy 1983; 15: 213-4.
- Schubert D., Scheidbach H., Kuhn R. et al. Endoscopic treatment of thoracic esophageal anastomotic leaks by using silicone-covered, self-expanding polyester stents // Gastrointestinal. Endoscopy — 2005. — 61, № 7. — P. 891-900.
- Atkinson M. Ferguson R. Fiber-optic endoscopic palliative intubation of inoperable esophago-gastric neoplasms. BMJ 1997; 1:266-7.
- Saranovic Dj., Djuric-Stefanovic A., Ivanovic A. et al. Fluoroscopically guided insertion of self-expandable metal esophageal stents for palliative treatment of patients with malignant stenosis of esophagus and cardia: comparison of uncovered and covered stent types // Dis. Esophagus. — 2005. — 18, № 4. — P. 230-238.
- Tan DS, Mason RC, Adam A. Minimal invasive therapy for advanced esophageal malignancy. Clinical Radiology 1996; 51: 828-36.

13. Morgan RA, Ellul JPM, Denton ERE, Glynos M, Mason RC, Adam A. Malignant esophageal fistulas and perforations: management with plastic covered metallic endoprosthesis. *Radiology* 1997; 204: 527-32.
14. Celestin LR. Permanent intubation in inoperative cancer of the esophagus and cardia. *Ann K Cell Surg End* 1959; 25: 165-70.

УДК 612.015.31

© М.В. Фомина, О.В. Кван, А.В. Быков, 2013

М.В. Фомина, О.В. Кван, А.В. Быков  
**НОВЫЙ ПОДХОД К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СИНУСИТОВ**  
*ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный университет», г. Оренбург*

В работе представлены результаты комплексного лечения детей, больных острым и хроническим синуситом, с использованием споробактерина. Полученные данные исследования функционального состояния слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, видового состава микрофлоры полости носа, микробиоза кишечника до и после лечения споробактерином наглядно демонстрируют эффективность лечения по сравнению с традиционным способом лечения с использованием антибиотиков.

**Ключевые слова:** синусит, дети, лечение, споробактерин.

М. V. Fomina, O. V. Kvan, A. V. Bikov  
**A NEW APPROACH TO ANTIBACTERIAL THERAPY OF SINUSITIS**

The work presents the results of complex treatment of children with acute and chronic sinusitis with the use of sporobacterin. The received data of the research of a functional condition of nasal cavity mucous membrane and paranasal sinuses, specific structure of microflora of nasal cavity, intestinal microbiocenosis before and after treatment with sporobacterin show efficacy of treatment in comparison with traditional treatment with the use of antibiotics.

**Key words:** sinusitis, children, treatment, sporobacterin.

В настоящее время дети, больные синуситами, составляют 29-30% от числа госпитализированных в детские ЛОР-отделения [1]. Многочисленные методы лечения синуситов у детей, существующие на сегодняшний день, недостаточно эффективны. Наблюдаются затягивание сроков лечения, частые рецидивы заболевания, нередко развиваются аллергические реакции на принимаемые лекарственные средства и дисбактериоз кишечника, что особенно актуально для детского возраста. Наряду с этим избыточное, а часто необоснованное назначение антибиотиков в детской практике с симптомами вирусной инфекции способствует росту резистентности различных бактерий.

**Целью** нашего исследования была оценка лечебного эффекта препарата споробактерина в лечении острых и хронических синуситов у детей.

**Материал и методы**

Споробактерин является отечественным пробиотиком из рода *Vac. Subtilis*, обладающим наибольшей антибактериальной активностью. Споробактерин продуцирует антибиотик широкого спектра действия, подавляющий рост 34 штаммов стафилококка, 11 штаммов стрептококка, 7 штаммов дизентерийной палочки, дрожжевой грибок [2,6]. Немаловажно то, что рост сапрофитов, в том числе и нормальной микрофлоры кишечника, не угнетается споробактерином. Препарат обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным и умеренным десенсибилизирующим действиями [3,4,5].

Нами проведено лечение и обследование 120 детей, больных синуситами. Возраст наблюдаемых детей колебался от 3 до 15 лет. Мальчиков было 63 (52,5%), девочек – 57 (47,5%). Острое течение заболевания диагностировано у 60 (50%), хронический синусит в периоде обострения – у 60 (50%) больных.

Всем больным до и после лечения проводилось общеклиническое и оториноларингологическое обследование: выявление жалоб и анамнеза заболевания, анкетирование родителей, эндоскопия ЛОР-органов, рентгенографическое исследование носа и околоносовых пазух, общий анализ крови и мочи.

Исследовалась дыхательная, обонятельная, калориферная, транспортная функции слизистой оболочки полости носа, определялась концентрации ионов водорода носового секрета (рН). Наряду с этим проводились цитологическое исследование мазков-отпечатков слизистой оболочки полости носа, бактериологическое исследование отделяемого из носа, околоносовых пазух и определение состояния микробиоценоза кишечника.

**Результаты и обсуждение**

Все пациенты были разделены на 4 репрезентативные группы в зависимости от вида использованного для лечения антибактериального препарата (споробактерин или антибиотик). Первую группу составили дети (40 человек) с острым течением синусита, которые в качестве антибактериального препарата получали споробактерин по 1 мл через рот 2 раза в день за 20-30 минут до еды в течение 8-10 дней. Во вторую группу вошли дети (20