



1 (08) / 2025

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ
ИЗДАНИЕ

СЕГОДНЯ

Г

А

СТ

Р

Э

Н

Т

Е

Р

О

Л

О

Г

И

Я

75 % больных эозинофильным эзофагитом — мужчины белой расы, к которой принадлежат более 90 % пациентов, чаще всего молодых — в среднем 36–42 лет

СЛОВО РЕДАКТОРА



Роман
Олегович
КУБАЕВ

К.м.н, гастроэнтеролог, эндоскопист
ГБУЗ Ярославской области «Клиническая
онкологическая больница», Ярославль

Уважаемые коллеги!

Гастроэнтерология сегодня — это стремительно развивающаяся область медицины, в которой инновационные эндоскопические технологии играют ключевую роль в диагностике и лечении. На наших глазах эндоскопия переживает настоящую революцию, превращаясь из простого метода осмотра в мощный инструмент малоинвазивной терапии и точной диагностики.

Сегодня эндоскопия позволяет увидеть в новых режимах оптической визуализации гораздо больше важных деталей, чем раньше. Сейчас мы используем современные световые фильтры, технологии обработки изображения, поддержку искусственного интеллекта, сверхвысокое увеличение, достигающее клеточного уровня диагностики, — все, что еще вчера казалось фантастическим далеким будущим.

Благодаря новым видам эндоскопии — холедоскопии, вирсунгоскопии, интестиноскопии — мы можем добраться до самых труднодоступных мест пищеварительной системы, которые ранее не были достижимы для визуального осмотра. Современная лечебная эндоскопия открывает принципиально новые горизонты в хирургии заболеваний желудочно-кишечного тракта. Мы удаляем опухоли, останавливаем кровотечения, накладываем анастомозы и даже лечим ожирение — все через эндоскоп.

Действительно, современные эндоскопические технологии меняют глобальный мир гастроэнтерологии к лучшему. Настоящий номер газеты посвящен современным эндоскопическим методикам в нашей специальности. Наша общая задача — идти в ногу с прогрессом, осваивая новые технологии ради здоровья пациентов.

Растворимая таблетка	3
Эндоскопическая гастропластика	4
Лекарственный дуэт	7
От Гиппократа до Ван Гога	12



МАЛАЯ ХИРУРГИЯ

Дивертикул Ценкера: как малоинвазивные эндоскопические операции меняют жизнь пациентов

Дивертикул Ценкера (ДЦ) — приобретенное патологическое мешкообразное выпячивание слизистой оболочки на границе задней стенки глотки и пищевода. В его основе лежит дискоординация пропульсивных сокращений глотки и раскрытия верхнего пищеводного сфинктера из-за неадекватного расслабления перстневидно-глоточной мышцы.



Наталья
Сергеевна
СЕМЕНОВА

М.н.с., эндоскопист отделения
диагностической эндоскопии ГБУЗ
«Московский клинический научно-
практический центр им. А.С. Логинова»
Департамента здравоохранения Москвы



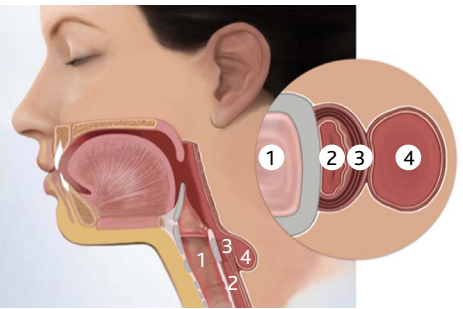
Кирилл
Вячеславович
ШИШИН

Д.м.н., заведующий отделом эндоскопии
ГБУЗ «Московский клинический научно-
практический центр им. А.С. Логинова»
Департамента здравоохранения Москвы

Это приводит к локальному повышению внутрипросветного давления, способствуя формированию пульсионного дивертикула в месте наименьшего мышечного сопротивления — треугольнике Киллиана (рис. 1). Клинические симптомы ДЦ достаточно разнообразны и существенно влияют на качество жизни пациентов. Основная жалоба — дисфагия — описывается больными как ощущение застревания в горле сначала твердой, а по мере прогрессирования заболевания — мягкой и жидкой пищи.

Большая часть пациентов с ДЦ — люди пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями, которым требуется регулярно принимать жизненно необходимые лекарства. Однако из-за нарушения глотания они зачастую не могут проглотить таблетки и капсулы, что вызывает ухудшение течения хронических заболеваний.

Кроме того, пациенты испытывают дискомфорт из-за постоянного ощущения кома или инородного тела в горле, тяжести в пищеводе. Нередко больных беспокоит отрыжка воздухом и рвота съеденной пищей. Из-за повышенного слюноотделения и кашля пациенты не способны длительно находиться в горизонтальном положении, часто



1. Трахея
2. Пищевод
3. Крикофарингеальная мышца
4. Дивертикул Ценкера

Рисунок 1. Анатомия дивертикула Ценкера

просыпаются ночью, а утром обнаруживают на подушке скопление слюны и остатков пищи — так называемый симптом мокрой подушки. К этому присоединяются респираторные заболевания, обусловленные частой аспирацией содержимого.

ДЦ снижает социальную адаптацию пациентов из-за постоянного неприятного запаха изо рта, стеснения принимать пищу в обществе других людей, из-за поперхивания и слышимых на расстоянии булькающих

Окончание на стр. 2 »

Дивертикул Ценкера: как малоинвазивные эндоскопические операции меняют жизнь пациентов

«Окончание, начало на стр. 1

звук. Сдавливая соседние анатомические структуры, большой дивертикул может вызывать осиплость голоса, затрудненное дыхание, положительный симптом Горнера (птоз, миоз и энофтальм), а также признаки венозного застоя половины лица. Из-за трудностей с глотанием больные перестают полноценно питаться, поэтому длительное течение заболевания может приводить к значительной потере массы тела и ухудшению общего состояния. Основным инструментальным методом диагностики ДЦ — рентгеноскопия пищевода с барием (рис. 2). Она дает возможность выполнить полипозиционный осмотр, определить локализацию дивертикула, его форму, размер, оценить заполнение и опорожнение его полости и проходимость пищевода.

Эндоскопическое исследование позволяет определить размер, локализацию, состояние слизистой дивертикула, характер содер-

дивертикула, и при выраженном рвотном рефлексе или наличии остатков пищи существует высокий риск перфорации. Пациенты без клинических симптомов, у которых ДЦ оказывается случайной находкой, не нуждаются в терапии. Показанием к ней



Рисунок 3. Эндоскопическая диагностика дивертикула Ценкера

служат клинические проявления заболевания в сочетании с данными инструментального обследования, подтверждающими диагноз. До недавнего времени единственным способом лечения были открытые хирургические операции с удалением дивертикулярного мешка — дивертикулэктомией (рис. 4) и пересечением крикофарингеальной мышцы, которое может быть дополнено пересечением циркулярного мышечного слоя верхней трети пищевода (верхнепищеводная миотомия).

Несмотря на кажущуюся простоту операции, из-за расположения дивертикула вблизи важных анатомических структур она сопровождается серьезными осложнениями практически в каждом десятом случае

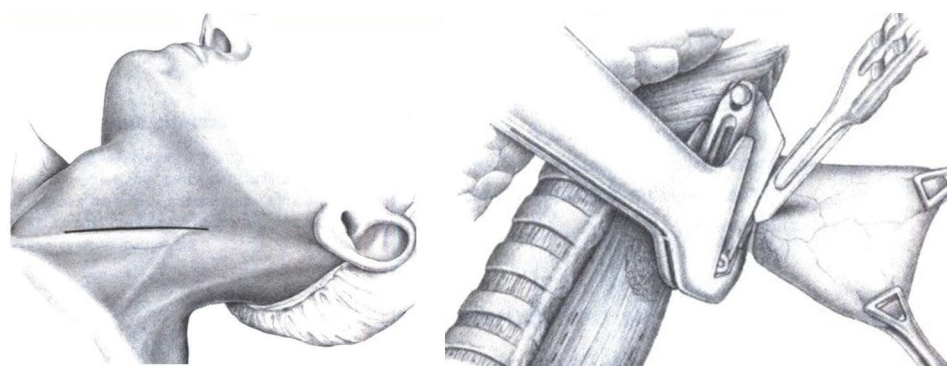


Рисунок 4. Линия разреза на шее при открытой дивертикулэктомии

(кровотечение, стойкое нарушение голоса, формирование слюнной фистулы, медиастинита, эмфиземы средостения) и даже летальными исходами. Поэтому сегодня в клиническую практику внедряются малоинвазивные эндоскопические вмешательства, позволяющие без разреза на шее (через трансоральный доступ) выполнять пересечение перегородки между дивертикулом и пищеводом. При этом сам дивертикулярный мешок не удаляется, а становится частью сформированного единого широкого соустья (рис. 5).

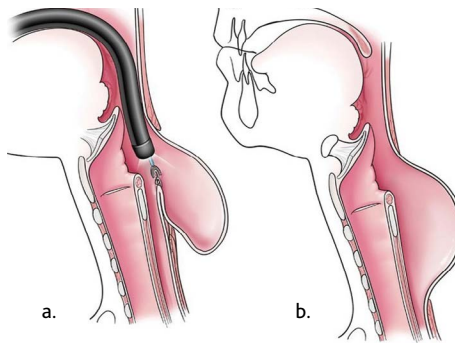


Рисунок 5. Схема эндоскопической операции сообщения полости ДЦ с просветом пищевода (дивертикулоэзофагостомия): а — пересечение общей перегородки между дивертикулом и пищеводом с помощью инструментов, введенных через инструментальный канал гибкого эндоскопа, б — перегородка рассечена, полость дивертикула свободно сообщается с просветом пищевода

Методики гибкой эндоскопии сопровождаются гораздо меньшим числом осложнений, чем открытые хирургические операции, а случаев летального исхода при эндоскопических вмешательствах на ДЦ не зафиксировано. Кроме того, такие операции выполняются быстрее, госпитализация при них короче, пероральное питание возобновляется раньше. Варианты эндоскопического лечения отличаются как особенностями

инструментального обеспечения, так и методикой выполнения вмешательства (рис. 6).

На основании многолетнего опыта в нашем центре была разработана новая методика эндоскопической комбинированной эзофагофарингомиеотомии (КЭФМ), сочетающей широкое рассечение слизистой-мышечной

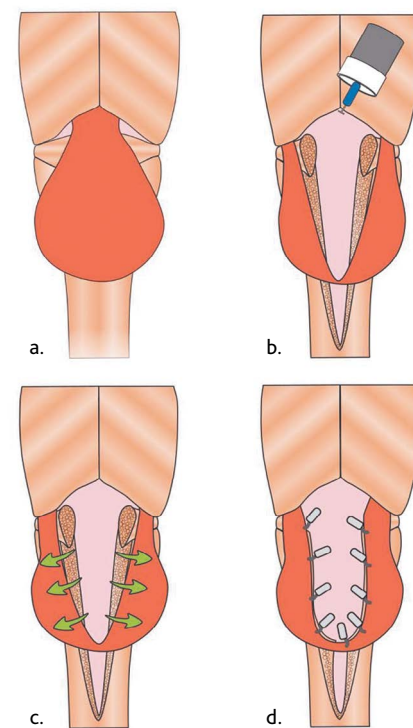


Рисунок 6. Этапы эндоскопической комбинированной эзофагофарингомиеотомии: а — ДЦ, б — полное пересечение крикофарингеальной мышцы и верхнепищеводная миотомия ниже дна дивертикула, с — последовательное рассечение слизистой перегородки со стороны дивертикула и пищевода, d — сведение клипсами краев слизистой оболочки дивертикула и пищевода вдоль линии разреза

перегородки с верхнепищеводной миотомией, что патогенетически обосновано и способствует длительному хорошему клиническому результату. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом в течение 20–40 минут. Методика безопасна, в том числе у возрастных и полиморбидных пациентов (самому старшему на момент операции было 86 лет).

Проведя более 300 операций, мы не зафиксировали серьезных нежелательных явлений или осложнений во время вмешательства и в послеоперационном периоде. Большинство пациентов отмечают полное отсутствие жалоб. При длительном наблюдении (до 8 лет) 161 больного рецидив развился лишь у одного человека (0,9 %), которому операция была выполнена повторно по той же методике.

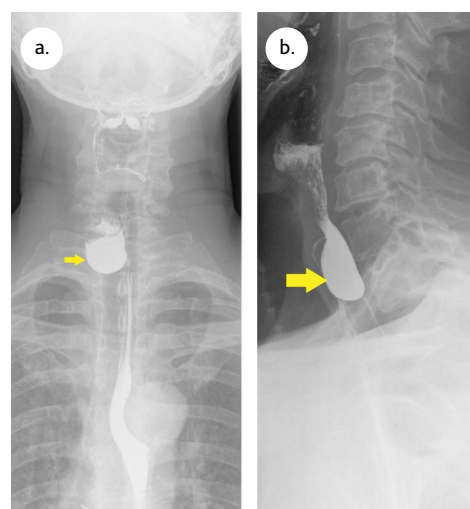


Рисунок 2. Рентгеноскопия пищевода с барием, задержка контрастного вещества в полости дивертикула Ценкера (указано стрелкой): а — в прямой, б — в боковой проекции

жимого, косвенно оценить дисфункцию крикофарингеальной мышцы и верхнего пищеводного сфинктера, а при подозрении на малигнизацию — выполнить биопсию для морфологической оценки. Однако необходимо помнить, что эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — процедура инвазивная. Во время ЭГДС из-за повышенного тонуса верхнего пищеводного сфинктера эндоскоп бывает сложно провести в пищевод (рис. 3). В первую очередь он попадает в полость

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Приводим истории болезни некоторых пациентов с ДЦ, прооперированных в нашем центре с применением малоинвазивных эндоскопических технологий.

1. Пациент У., 43 года, сообщает через 6 лет после операции: «У меня часто застревала твердая пища, был неприятный запах изо рта, во время еды слышал бульканье в горле. За несколько дней до операции сильно подавился. В тот момент я был один и очень сильно испугался, решив, что не выживу. Сейчас все хорошо, больше ничего не беспокоит».

2. Пациент А., 61 год, 5 лет после операции: «Я не мог глотать, пища выходила обратно, вынужден был ее проталкивать и запивать водой. Сильно мучился, плохо спал, постоянно текла слюна. Очень рад, что успел попасть в ваш центр буквально перед

закрытием отделения на карантин во время коронавирусной пандемии. Ехал на госпитализацию уже по пропуску и молился, чтобы успеть до закрытия. Сейчас прекрасно себя чувствую, ничего не беспокоит, очень доволен результатами операции».

3. Пациентка А., 69 лет, 4 года после операции: «С ужасом вспоминаю, что со мной было. Все началось с очень сильного слюнотечения. Потом возникли проблемы с питанием, через какое-то время после еды пища выходила обратно. На ночь ставила у кровати тазик, чтобы все туда сплевывать. Почти полгода питалась только жидкой пищей, сильно похудела.

Во время гастроскопии врач перечислил все, что я ела накануне, так как еда лежала в дивертикуле. Сейчас отлично себя чувствую, нет никаких жалоб, могу есть все, что хочется».

4. Пациент Д., 89 лет, 6 лет после операции: «Я уже и забыл, что было такое вмешательство. Помню, что пища застревала, не мог нормально питаться. А сейчас чувствую себя прекрасно, живу за городом, занимаюсь огородом, хожу гулять в лес».

5. Пациентка Б., 65 лет, 4 года после операции: «Я чувствовала себя пеликаном с мешком сбоку. Съеденная пища и слюна гуляли туда-сюда. При перемене положения тела еда поступала обратно в рот, особенно ночью. Спала с четырьмя

подушками под головой. А если ночью начинался сильный кашель, то вообще не спала. Раздавались такие страшные звуки, как будто внутри меня кто-то живет. На следующий день после приема таблетки я в течение всего дня ощущала ее горечь во рту. После операции все эти жалобы ушли. Изредка беспокоит покашливание, но это мелочь по сравнению с тем, что было раньше».

Малоинвазивные эндоскопические вмешательства при ДЦ эффективны и безопасны, в том числе у возрастных полиморбидных пациентов, и позволяют избавиться больных от тягостных симптомов ДЦ, вернуть их к привычному образу жизни и режиму питания с длительным положительным эффектом. ✖

Преимущества диспергируемой формы домперидона в терапии пациентов с тошнотой и рвотой

Тошнота и рвота (ТиР) — важнейшие защитные механизмы, выработавшиеся в процессе эволюции, чтобы не допустить попадания токсинов в организм. Однако в ряде случаев ТиР не играют защитной роли, ухудшая качество жизни больного, что требует медикаментозной коррекции. При этом у многих пациентов с ТиР прием таблетки способен сам по себе спровоцировать рвотный рефлекс. Вероятность этого снижается при использовании диспергируемой формы антиэметика, растворимой в воде.

ЗАЩИТА С ИЗЪЯНОМ

Тошнота и рвота — физиологические реакции, направленные на защиту желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) от попавших в него раздражающих и токсичных веществ. Физиологический смысл данных безусловных рефлексов, которые осуществляются на уровне рвотного центра в продолговатом мозге (представленного ядрами солитарного тракта и двигательным ядром блуждающего нерва), заключается в попытке вывести опасные агенты (например, патогены, вызывающие пищевые отравления, их токсины, ядовитые вещества и т.п.), оградив организм от вредных воздействий.

ТиР вполне оправданны, если человек съел испорченный, плохо пахнущий продукт, вызывающий рвотный рефлекс, или если у него возникла токсикоинфекция, требующая элиминации из желудка микробов и их токсинов. Но существует целый ряд ситуаций, от синдрома укачивания в транспорте до химиотерапии, когда ТиР не несут никакой защитной функции, а причиняют огромное беспокойство больному, снижая качество жизни. Причем снижают его порой до такой степени, что, например, 10 % онкологических пациентов из-за ТиР отказываются от химиотерапии, необходимой им по витальным показаниям. ТиР при использовании противоопухолевых и некоторых других препаратов (а ведь именно побочное действие медикаментов — наиболее частая причина тошноты и рвоты) не просто делают жизнь больного невыносимой, но и могут приводить к обезвоживанию с развитием дисбаланса электролитов, создавая проблемы с приемом таблеток и энтеральным питанием, провоцировать потерю аппетита.

Все это способствует патологической утрате массы тела, причем не только жировой, но и мышечной (саркопения), что негативно отражается на состоянии пациента и результатах лечения основного заболевания. Кроме того, повышается риск разрыва пищевода и желудочных кровотечений, не говоря уже о нарастающей слабости, снижении работоспособности и повседневной активности пациента.

ПРИЧИНЫ ТОШНОТЫ И РВОТЫ

1. Патология органов ЖКТ (диспепсия, гастропарез, панкреатит, энтерит, хроническая псевдообструкция кишечника, кишечная непроходимость, последствия операций на органах ЖКТ, воспалительные заболевания кишечника, гепатит, билиарная гипертензия).

2. Психогенная этиология и поражения ЦНС (повышение внутричерепного давления, патология вестибулярного аппарата, черепно-мозговая травма, мигрень, депрессия, анорексия, булимия).

3. Инфекционные заболевания (в том числе новая коронавирусная инфекция COVID-19).

4. Препараты, методы терапии и токсины (антиаритмики, антибиотики, антиконвульсанты, анестезиологические

средства, химио- и лучевая терапия, витамины, оральные контрацептивы, алкоголь, марихуана, опиоиды и др.).

5. Патология сердца и сосудов (гипертонический криз, ишемия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность).

6. Болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия и др.).

7. Обменно-эндокринные расстройства (диабетический кетоацидоз, тиреотоксический криз, уремия, недостаточность надпочечников, гипо- и гиперпаратиреоз, электролитные нарушения и др.).

ПРОБЛЕМА ДИСФАГИИ

Лечение ТиР направлено на устранение их основной причины и облегчение симптомов с использованием прокинетики. При моторно-эвакуаторных расстройствах ЖКТ с симптомами диспепсии, включая ТиР, чаще всего назначают блокаторы дофаминовых рецепторов, в частности домперидон — селективный антагонист D2-дофаминовых рецепторов, обладающий противорвотными свойствами. За время, прошедшее с момента выхода препарата на рынок в 1978 г., его эффективность и безопасность были хорошо изучены. При этом домперидон и сегодня сохраняет свою актуальность, применяясь в ста странах мира для лечения гастропареза, моторных нарушений, при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, функциональной диспепсии и в качестве противорвотного препарата. Так, например, Клинические рекомендации Минздрава России, вышедшие в 2021 г. и в последний раз пересмотренные в 2023-м, предлагают включать домперидон (наряду с метоклопрамидом) в состав комплексной терапии приступов мигрени при выраженной ТиР (уровень убедительности рекомендаций А). При этом в комментариях сообщается, что прокинетики «уменьшают гастростаз и улучшают всасывание обезболивающих средств».

В России зарегистрировано несколько торговых наименований препаратов с МНН действующего вещества «домперидон». Однако при назначении данного лекарственного средства следует ориентироваться на диспергируемую форму выпуска. Ведь у пациентов с ТиР проглатывание таблеток способно и само по себе спровоцировать рвотный рефлекс, а у больных с изначально существовавшей дисфагией, испытывающих трудности с приемом лекарств, это тем более возможно.

Оценивая масштаб проблемы дисфагии, связанной с проглатыванием пероральных лекарственных форм, К.В. Петухова с соавт. (2020), выяснили, что у 16 % пациентов отказ от приема назначенного врачом препарата был связан с развитием рвотного рефлекса из-за повышенной чувствительности мягкого нёба. Еще 48 % больных было трудно проглотить таблетку или желатиновую капсулу из-за их большого размера и 36 % — потому что они прилипали к слизистой. В целом же трудности с проглатыванием таблеток и капсул

испытывали 14 % пациентов, проходивших лечение в условиях стационара, из них 45,4 % были склонны пропускать из-за этого прием препаратов.

Пациенты, которым не удается проглотить таблетку, находят разные способы решения данной проблемы: дробят или разжевывают ее, вскрывают капсулы и растворяют их содержимое в воде, что может повлиять на эффективность лекарственного средства. При этом участниками исследования были больные, госпитализированные с разными диагнозами, когорта страдающих ТиР в этой работе отдельно не выделялась. Логично предположить, что среди пациентов с ТиР доля сталкивающихся с трудностями при глотании таблеток и капсул из-за активации рвотного рефлекса выше, чем среди больных в целом.

Для тех пациентов, которые испытывают трудности с проглатыванием лекарственных средств, компанией «Озон Фармацевтика» был разработан препарат домперидон (Мотилорус®) в форме диспергируемых

таблеток с приятным мятным вкусом. Данный препарат помогает решать проблему пациентов с дисфагией, что выделяет его на фоне других дженериков. При этом Мотилорус® можно использовать и как обычную таблетку, если у пациента нет проблем с проглатыванием. Если же такие трудности есть, диспергируемую таблетку предварительно растворяют в воде, а затем принимают образовавшуюся суспензию небольшими порциями, чтобы не спровоцировать рвоту. Это очень удобно для пациентов, особенно с острой ТиР, дисфагией и функциональными заболеваниями ЖКТ.

Необходимо также отметить, что Мотилорус® производится в соответствии со стандартами GMP и при этом его цена примерно в 2,5 раза ниже, чем у оригинального препарата. Диспергируемая форма выпуска препарата Мотилорус® в дозировке 10 мг позволяет назначать его как для курсового лечения, так и в режиме по требованию. ✕

Ирина Ковалева, врач общей практики, невролог

Мотилорус®

Домперидон 10 мг

В удобной форме – диспергируемые таблетки



ВХОДИТ В КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ¹

Удобен пациенту:

- Диспергируемая таблетка подходит пациентам с дисфагией
- Приятный мятный вкус
- Доступная цена²

Инструкция по медицинскому применению ЛП Мотилорус. №ЛП-№(002600)-(РГ-РУ) от 22.06.2023 года.
1. Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит», 2024 год.
2. На основе данных интернет-площадки Apteka.ru Q1 2025 года.
ООО «Озон Хелска Рус» | Россия, 443110, г. Самара, ул. Лесная, д. 35, помещ. 3. | Тел.: 8 (846) 205-98-65
ozonpharm.ru РЕКЛАМА

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Эндоскопическая гастропластика — прорыв в хирургии ожирения

Сотрудники хирургического эндоскопического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» профессор Ю.Г. Старков и старший научный сотрудник С.В. Джантуханова одними из первых в России внедрили в клиническую практику эндоскопическую гастропластику — инновационную методику лечения пациентов с морбидным ожирением.



Юрий
Геннадьевич
СТАРКОВ

Д.м.н., профессор, заведующий хирургическим эндоскопическим отделением ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва



Седя
Висадиевна
ДЖАНТУХАНОВА

К.м.н., с.н.с. хирургического эндоскопического отделения ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва



Родион
Дмитриевич
ЗАМОЛОДЧИКОВ

К.м.н., с.н.с. хирургического эндоскопического отделения ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва



Аюбхан
Идрисович
ВАГАПОВ

Аспирант хирургического эндоскопического отделения ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва

РОСТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

В последние десятилетия отмечается стремительный рост заболеваемости морбидным ожирением, что, в свою очередь, является ключевым фактором риска развития целого ряда тяжелых заболеваний, таких как сахарный диабет, выраженная дислипидемия, сердечно-сосудистые и репродуктивные нарушения, патология опорно-двигательной системы, жировой гепатоз и др. В целом подобное состояние в мировой практике считается одной из основных причин инвалидности и даже летального исхода.

В 1997 году ввиду неуклонного роста доли населения, страдающего морбидным ожирением, оно было объявлено неинфекционной пандемией XXI века. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сегодня около 2 млрд людей страдают ожирением, из них 671 млн — морбидным. В то же время прогностические модели ВОЗ предполагают, что через 10 лет число пациентов с ожирением увеличится до 60 %.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Бариатрические вмешательства являются методом выбора в терапии пациентов с ожирением. В последнее десятилетие значительно увеличивается как число производимых бариатрических операций, так и количество стран, где выполняются такие вмешательства. По данным регистра IFSO за 2016–2021 гг., отмечена тенденция к увеличению числа бариатрических операций — от 140 тыс. до 599 тыс. вмешательств в 50 странах мира. Бариатрическая хирургия в Российской Федерации также активно развивается, что выражается в ежегодном росте числа подобных операций за последние 10 лет. Сегодня в стране в среднем выполняется около пяти тысяч бариатрических вмешательств в год.

Необходимо отметить, что существует заметный разрыв между потребностями пациентов с морбидным ожирением в соответствующих операциях и доступностью хирургической помощи. Так, например, наличие у больных с выраженным ожирением сопутствующих заболеваний является противопоказанием к традиционным хирургическим вмешательствам из-за относительно высоких рисков осложнений. С другой стороны, некоторые пациенты сами отказываются от операции, так как не рассматривают хирургическое вмешательство как вариант лечения для себя.

Развитие возможностей внутрипросветной эндоскопии и разработка новых устройств способствовали внедрению в клиническую

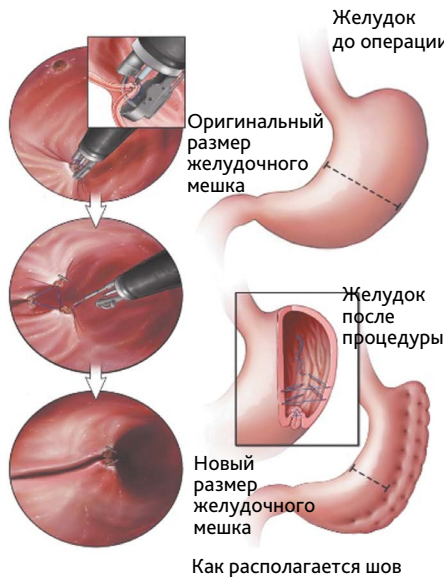


Рисунок 1. Схематическое представление эндоскопической гастропластики



Рисунок 2. Специальное устройство для наложения эндолюминальных швов Apollo Overstitch™

Развитие внутрипросветной эндоскопии и разработка новых устройств привели к внедрению в практику современных эндоскопических методов лечения пациентов с морбидным ожирением. Наиболее эффективным, безопасным и, главное, малоинвазивным методом бариатрической хирургии считается эндоскопическая внутрипросветная гастропластика

практику современных эндоскопических методов лечения пациентов с морбидным ожирением. Однако после изучения ближайших и отдаленных результатов такого лечения далеко не все эндоскопические методики отстояли свои позиции в плане эффективности и безопасности. Наиболее эффективным и безопасным, а самое главное — минимально инвазивным методом бариатрической хирургии считается эндоскопическая внутрипросветная гастропластика.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ

Эндоскопическая гастропластика, выполняемая при помощи гибкого эндоскопа без разрезов, представляет собой современный минимально инвазивный и обратимый метод лечения пациентов с морбидным ожирением.

Клинический эффект при данном вмешательстве достигается за счет:

- уменьшения объема желудка;
- замедления эвакуации пищи;
- гормональной перестройки (снижение выработки грелина);
- изменения пищевого поведения пациента.

Эндоскопическое вмешательство выполняется путем последовательного наложения эндолюминальных швов, которые проходят через все стенки желудка — начиная от его

угла до верхней трети тела данного органа (рис. 1).

Для выполнения данного вмешательства используется специальная система Apollo Overstitch™ (Boston Scientific), официально зарегистрированная в Российской Федерации в 2024 году (рис. 2).

БЕССПОРНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

Эндоскопическая гастропластика — перспективная современная методика и предпочтительная альтернатива традиционным хирургическим вмешательствам при лечении пациентов с морбидным ожирением.

Бесспорными преимуществами данной методики являются:

- минимальная инвазивность;
- устойчивый функциональный результат;
- низкий уровень осложнений;
- короткий послеоперационный период;
- быстрое возвращение пациента к привычному образу жизни;



Рисунок 3. Профессор Ю.Г. Старков и к.м.н. С.В. Джантуханова на сертифицированном тренинге в клинике Эр-Рияда



Рисунок 4. Профессор Ю.Г. Старков и к.м.н. С.В. Джантуханова выполняют первую операцию в ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»

- отсутствие необходимости проведения длительной реабилитации.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Сотрудники хирургического эндоскопического отделения ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» — профессор Ю.Г. Старков и старший научный сотрудник С.В. Джантуханова — активно применяют данную методику при лечении пациентов с морбидным ожирением (рис. 3).

За короткий период (5 месяцев) специалисты центра пролечили первую группу пациентов (четыре женщины и один мужчина), применяя инновационную методику — эндоскопическую гастропластику (рис. 4). Индекс массы тела больных

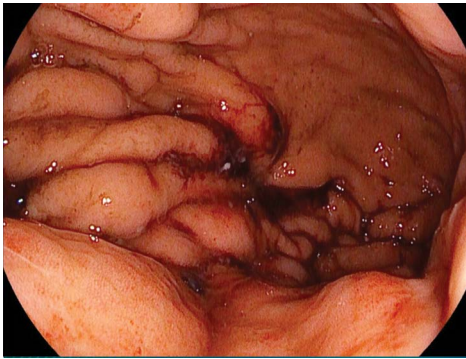


Рисунок 5. Эндоскопическая картина верхней трети тела желудка: средняя и нижняя трети тела до антрального отдела органа ушиты пятью П-образными эндолюминальными швами

За 5 месяцев специалисты центра пролечили первую группу пациентов (четыре женщины и один мужчина), применяя инновационную методику — эндоскопическую гастропластику. ИМТ больных варьировал от 40 до 47 кг/м². У всех пятерых отмечалась выраженная клиническая симптоматика: боли в коленных суставах и отечность нижних конечностей

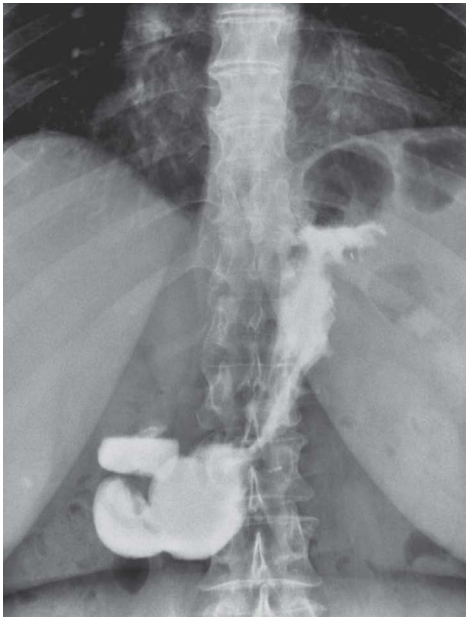


Рисунок 6. Контрольная рентгенография с водорастворимым контрастным препаратом демонстрирует оптимальное уменьшение объема тела желудка и свободное прохождение контрастного вещества через зону гастропластики без выхода за пределы органа

варьировал от 40 до 47 кг/м². У всех пятерых отмечалась выраженная клиническая симптоматика: боли в коленных суставах, постоянная тяжесть и отечность нижних конечностей с болевыми ощущениями.

Также беспокоила одышка при ходьбе и незначительных физических нагрузках, у ряда пациентов наблюдались синдром ночного апноэ во сне, нарушение толерантности к глюкозе и другие метаболические проявления избыточного веса.

Улучшить качество жизни пациентов и снизить массу тела удалось уже в раннем послеоперационном периоде. Во всех случаях оперативные вмешательства были выполнены успешно, без осложнений и нежелательных явлений (рис. 5 и 6). Пациенты отмечали хорошую переносимость процедуры и быстрое восстановление. Через 1 месяц после эндоскопической гастропластики средняя потеря избыточной массы тела составила 8–12 %, а через 3 месяца — до 30–40 %.

Также наблюдалось значительное уменьшение или полное исчезновение клинических симптомов. ✕

OverStitch™
Эндоскопическая сшивающая система

OverStitch Sx™
Эндоскопическая сшивающая система

Устранение дефектов

Выполнение операции TORe

Ушивание большого массива тканей с целью уменьшения объема

Новый уровень
лечебной эндоскопии

Реклама

OverStitch™
Эндоскопическая сшивающая система

OverStitch Sx™
Эндоскопическая сшивающая система

Дополните свои возможности для лечения без ограничений, связанных с размером дефекта, стабильностью конструкции или технической возможностью эндоскопа.

Эндоскопические сшивающие системы OverStitch™ и OverStitch Sx™ преобразуют лечебную эндоскопию, позволяя врачам накладывать швы на всю толщину стенки и выполнять более сложные внутрипросветные вмешательства. Индивидуальная конфигурация видов швов обеспечивает стабильное ушивание тканей при проведении широкого спектра современных вмешательств на желудочно-кишечном тракте, без ограничений по размеру имплантата или выбору эндоскопа.

Полноценное прошивание

Совместимые с OverStitch Sx™ одноканальные эндоскопы

Совместимость с более чем 20 одноканальными гибкими эндоскопами и 4 платформами

Эндолюминальное давление утечки*

в 2 раза больше

Давление разрыва по сравнению с гемостатическими клипсами

Лечение больших дефектов без снижения стабильности конструкции

Семейство продуктов	Код	Описание	Кол-во в комплекте
OverStitch™	ESS-G02-160	Эндоскопическая сшивающая система OverStitch™	3 штуки
	ESS-G02-SX1	Эндоскопическая сшивающая система OverStitch Sx™	3 штуки
	PLY-G02-020-A	Полипропиленовая шовная нить OverStitch™ 2-0	12 штук
	CNH-G01-000	Шовный зажим OverStitch™	6 штук
	THX-165-028	Катетер-спираль OverStitch™ Tissue Helix	6 штук

Для дополнительной информации посетите сайт [OverStitch.com](https://www.OverStitch.com)

Внимание: Информация предназначена для работников здравоохранения. Показания, противопоказания, предупреждения и инструкции по применению можно найти на этикетке продукта, поставляемой с каждым устройством.

MKT-01397-01R02

Реклама

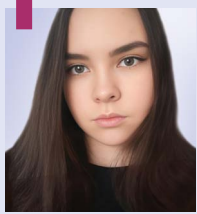
Современные подходы к периэндоскопическому ведению пациентов, принимающих сахароснижающие препараты

Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП-1) и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГТ2) активно используются при лечении пациентов с сахарным диабетом (СД) 2-го типа и ожирением для контроля гликемии, снижения сердечно-сосудистых рисков и подавления аппетита. Однако эти же препараты замедляют опорожнение желудка, повышая риск задержки твердой пищи, аспирации и нарушения проходимости дыхательных путей во время седации или общей анестезии.



Роман
Олегович
КУБАЕВ

К.м.н, гастроэнтеролог, эндоскопист
ГБУЗ Ярославской области «Клиническая
онкологическая больница», Ярославль



Юлия
Юрьевна
КЛИШИНА

Студентка ФГАОУ ВО «РНИМУ
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
ассистент эндоскопического отделения
ГБУЗ «ММКЦ "Коммунарка"» Департамента
здравоохранения Москвы

АрГПП-1 уменьшают продукцию глюкагона, усиливают секрецию инсулина и вызывают чувство сытости, но одновременно способны дозозависимо подавлять перистальтику желудка и усиливать сокращения привратника, что может ухудшать моторику желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Предполагается, что со временем этот эффект частично ослабевает, снижая теоретический риск осложнений. Согласно существующим рекомендациям, арГПП-1 обычно отменяют перед эндоскопическими и хирургическими процедурами, но неясно, насколько за это время успевает восстановиться нормальная моторика желудка. В нескольких метаанализах не обнаружено существенного влияния на опорожнение желудка от жидкости (к примеру, в тесте абсорбции ацетаминофена), но данных о выведении твердой пищи все еще недостаточно. В связи с ростом числа пациентов, принимающих семаглутид, тирзепатид и другие арГПП-1, возникают опасения, что замедленное опорожнение желудка может увеличивать объем остаточной твердой пищи, повышая риск аспирации. В 2023 году FDA внесло поправку в инструкцию к семаглутиду (Оземпик), добавив предупреждение о возможном риске кишечной непроходимости (илеуса). У пациентов с диабетом также широко применяются иНГТ-2, однако FDA предупреждает о риске возникновения у них эуликемического кетоацидоза (ЭДК) при длительном голодании, например перед оперативными вмешательствами. В основе патогенеза ЭДК лежит нехватка доступной глюкозы и ее выработки в условиях голодания (часто связанного со стрессовым фактором) и/или повышенное выведение глюкозы с мочой из-за избытка контррегуляторных гормонов. Отмена же иНГТ-2 может привести к гипергликемии и должна контролироваться эндокринологом.

РАЗНОГЛАСИЯ И РУКОВОДСТВА

Сообщения о случаях регургитации и аспирации у пациентов, принимающих арГПП-1, побудили Американское общество анестезиологов (ASA) и профессиональные гастроэнтерологические ассоциации выпустить соответствующие рекомендации. Однако полного согласия относительно тактики ведения пациентов не было достигнуто.

Возникла необходимость в более точных указаниях, для получения которых был использован модифицированный метод Дельфи. Эксперты (гастроэнтерологи, анестезиологи, эндокринологи и специалисты по физиологии ЖКТ) на вводном заседании определили ключевые клинические исходы для трех возможных сценариев (экстренные ситуации в стационаре, срочные амбулаторные процедуры и плановые вмешательства). Затем был организован подробный опрос с анализом литературы и повторным обсуждением. Консенсус считался достигнутым при согласии не менее 75 % участников.

А. Общие стандарты клинической практики

Утверждение 1.

Рекомендовано у всех пациентов на арГПП-1 перед процедурой оценивать симптомы, предполагающие задержку опорожнения желудка (сильная тошнота, рвота, регургитация в положении лежа, вздутие, ощущение переполнения, боли), так как наличие подобных жалоб коррелирует с повышенным риском задержки остатков пищи в желудке.

Утверждение 2.

Необходимо обсуждать с пациентами на арГПП-1 потенциальный риск аспирации во время эндоскопии. Хотя статистически значимое увеличение числа аспираций было выявлено не во всех исследованиях, описаны случаи аспирационных эпизодов, что требует информированного согласия пациента.

Утверждение 3.

Пациентам на арГПП-1 рекомендуется придерживаться только жидкой диеты в течение 24 часов до процедуры, поскольку замедление опорожнения преимущественно затрагивает твердые частицы, а жидкая фракция эвакуируется быстрее.

Б. Экстренные/неотложные процедуры у госпитализированных пациентов

Утверждение 4.

Не рекомендовано откладывать неотложные и жизненно важные эндоскопические вмешательства в стационаре, несмотря на прием арГПП-1. Клиническая польза эндоскопии, например, при желудочно-кишечном кровотечении превышает потенциальные риски от сохранения препаратов в организме.

Утверждение 5.

Пациентам на арГПП-1, которым требуется экстренная эндоскопия, рекомендована консультация анестезиолога

и использование мер профилактики аспирации:

- при наличии симптомов задержки пищи в желудке (тошнота, рвота, вздутие) предпочтительна анестезия с быстрой индукцией и интубацией;
- при отсутствии признаков замедленного опорожнения следует по возможности выполнить ультразвуковое исследование (УЗИ) желудка для определения объема его содержимого.

В. Срочные (требующие выполнения примерно в течение недели) амбулаторные процедуры

Утверждение 6.

ASGE не советует переносить срочную диагностическую или лечебную эндоскопию пациентов на арГПП-1. Если необходимо быстрое обследование (онкологическая настороженность, важная предоперационная диагностика и др.), не стоит ждать полной отмены препаратов.

Утверждение 7.

Пациентам на арГПП-1, которым требуется срочная амбулаторная эндоскопия, также необходима консультация анестезиолога. При симптомах задержки пищи рекомендуется протокол «полный желудок». Если лечебное учреждение не может обеспечить такую анестезию, процедуру лучше провести в стационаре. При отсутствии симптомов можно оценить объем содержимого в желудке с помощью УЗИ, но эта методика пока не является рутинной.

Утверждение 8.

Следует отменять арГПП-1 за 24 часа до процедуры у пациентов, использующих ежедневные формы (эксенатид короткого действия, лираглутид, ликсисенатид, пероральный семаглутид), если нельзя отложить эндоскопию надолго. Отмечается, что период полувыведения некоторых препаратов (например, перорального семаглутида) может достигать семи дней, но в приоритете отменить их хотя бы за сутки в срочных случаях.

Г. Плановые эндоскопические процедуры

Утверждение 9.

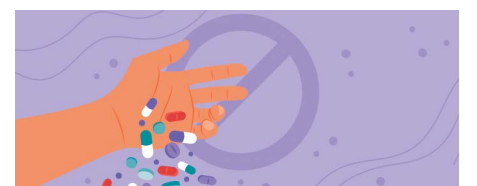
Рекомендована отмена АрГПП:

1. При ежедневном приеме — за 24 часа до процедуры.

2. При еженедельном приеме (семаглутид, дулаглутид, эксенатид пролонгированного действия, тирзепатид) — за 7 дней до процедуры.

3. Если прием прекращен в рекомендуемые сроки и нет симптомов задержки содержимого желудка, возможно применение стандартной седации.

4. Если пациент не отменил препараты вовремя или у него есть признаки задержки содержимого желудка, следует проконсультироваться с анестезиологами и принять совместное решение.



Утверждение 10.

Следует рассматривать bridge-терапию СД для пациентов, прерывающих прием арГПП-1 за неделю до процедуры, во избежание декомпенсации гликемии. Важно заранее продумать альтернативы и дозы, согласовав их с эндокринологом.

Утверждение 11.

Следует отменять иНГТ-2 за 3–4 дня до плановой эндоскопии. Если это не сделано, процедуру стоит либо перенести, либо перед ее выполнением проверить базовые метаболические показатели (в частности, анионный разрыв) для исключения кетоацидоза. Поскольку иНГТ2 повышают риск ЭГК на фоне голодания и стресса, их отменяют обычно за 72, а иногда за 96 часов до процедуры.

ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

Частота назначения арГПП-1 и иНГТ-2 продолжает расти, вместе с этим формируется и новая доказательная база. Остается

открытым вопрос о том, сколько именно дней отмены данных медикаментов достаточно для конкретной эндоскопической процедуры и конкретного препарата,

какова оптимальная продолжительность жидкой диеты, особенно перед колоноскопией, и какие индивидуальные факторы нужно учитывать. ✕



Оптимальный лекарственный дуэт при сочетании ГЭРБ и СРК

Среди сочетаний гастроэнтерологических заболеваний коморбидность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и синдрома раздраженного кишечника (СРК) — одна из распространенных и непростых в лечении проблем. Единой стратегии ведения таких пациентов еще нет, но к.м.н. Инна Григорьевна Пахомова, доцент кафедры факультетской терапии с клиникой ФГБУ «НМИЦ им В.А. Алмазова» Минздрава России (Санкт-Петербург), в своем интервью на примере коморбидной пациентки показала, какие критерии выбора лекарственных препаратов важно учесть в данной клинической ситуации.

— Часто ли встречается сочетание ГЭРБ и СРК?

— Примерно 21–24 % пациентов страдают этими заболеваниями перекрестно. Главные же опасности такого сочетания — взаимно отягощенное течение, неполные ответы на лечение и трудности с диагностикой из-за изменения привычных врачу симптомов. Причина коморбидности ГЭРБ и СРК состоит в том, что они имеют близкий, а в чем-то и схожий механизм развития, включающий:

- расстройства моторики;
- нарушение взаимодействия кишечника (либо желудка) и мозга, приводящее к висцеральной гиперчувствительности;
- ухудшение функций слизистой оболочки и иммунной системы;
- синдром повышенной эпителиальной проницаемости;
- дисбиоз.

— Были ли в вашей практике случаи коморбидности ГЭРБ и СРК?

— Неоднократно! Расскажу об одном таком эпизоде. Пациентка 35 лет обратилась с жалобами на периодические изжогу, отрыжку, боли в животе, чередование запоров и поносов. Симптомы беспокоили ее на протяжении пяти лет. Принимала Но-шпу, мебеверин, антациды (все препараты лишь с незначительным эффектом), а также омепразол, на фоне лечения которым заметно усиливалась диарея. Спазмолитики не использовала.

Состояние было удовлетворительным, среди немногих нарушений — язык обложен налетом у корня, живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации. Другие органы — без отклонений. Общеклинические, биохимические, микробиологические анализы — в пределах нормы. Заключение по итогам эзофагогастроудоденоскопии (ЭГДС): недостаточность кардии, эрозивный рефлюкс-эзофагит кардии степени А (LA), эритематозная гастропатия. Установлен диагноз: ГЭРБ, эрозивный рефлюкс-эзофагит степени А, смешанный вариант СРК.

Пациентке были рекомендованы регулярное питание с использованием диеты FODMAP low, замена омепразола на другой ингибитор протонной помпы — пантопразол (Санпраз®, 40 мг, один раз в день в течение шести месяцев), мебеверин (Ниаспам®, 200 мг, дважды в день курсом до трех месяцев, а при необходимости и дольше), а также рифаксимин, пробиотический комплекс и ребамипид.

На фоне проводимой терапии изжога и абдоминальные боли купировались, уменьшилось вздутие живота, нормализовался стул. Согласно повторной ЭГДС, через 8 недель терапии эрозия в пищеводе эпителизовалась. Итак, длительное курсовое лечение базисными препаратами Санпраз® и Ниаспам® позволило получить

положительный клинико-эндоскопический ответ у данной пациентки.

— Почему вы выбрали среди других ИПП и спазмолитиков именно эти, производимые индийской компанией «Сан Фарма» (Sun Pharma)?

— Это был не случайный выбор и не только для данной пациентки. Убедена, что таков оптимальный лекарственный дуэт и для других больных с коморбидностью ГЭРБ и СРК.

Начну с Санпраза. Некоторые ИПП могут ухудшить результаты лечения из-за нежелательных реакций на вспомогательные вещества. Так, например, сорбитол в составе пантопразола некоторых (хотя и не всех) производителей способен усугубить течение СРК с диареей. Это, вероятно, и имело место у нашей пациентки, долго принимавшей данный ИПП. В отличие от омепразола и пантопразолов других компаний, в составе Санпраза нет сорбитола, поэтому его можно назначать при ГЭРБ в сочетании и с диарейным, и со смешанным вариантом СРК, которым и страдала наша больная. В частности, благодаря столь высокому профилю безопасности Санпраза за более чем 15 лет применения препарат заслужил хорошую клиническую репутацию.

Антисекреторный эффект Санпраза при приеме 20–40 мг/сут является дозозависимым. Однако увеличение дозы до 80–120 мг/сут лишь минимально усиливает дальнейшее ингибирование желудочной секреции. Призываю коллег помнить об этом и использовать ИПП в адекватных клинической ситуации дозировках.

Пациенты с СРК и ГЭРБ часто нуждаются в длительном приеме пантопразола. Благодаря высокой безопасности Санпраза это вполне возможно. Существующими данными клинических исследований доказан высокий профиль безопасности молекулы пантопразола при длительной терапии. Санпраз® как пантопразол является обоснованным выбором, особенно для пациентов с сопутствующей патологией, такой как СРК.

— А почему вы предпочли спазмолитик Ниаспам®?

— При изготовлении препарата Ниаспам® действующее вещество гранулируется из горячего расплава с добавлением гидрофобного материала — воска. Гранулы инкапсулируются, и в результате образуются капсулы со стабильно постепенным модифицированным высвобождением. Это позволяет программировать скорость и место высвобождения действующего вещества. Препарат гармонизирует соотношение мощностей всех отделов кишечной трубки ниже желудка, улучшает координированность сокращений разных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Возможно, с этим и связаны важные особенности действия Ниаспама, обнаруженные в исследовании О.Н. Минушкина и коллег (2013). Препарат назначался 30 больным с разными вариантами СРК: запор, диарея, болевой и смешанный тип. При каждом из вариантов лекарство существенно ослабляло симптомы СРК, поэтому авторы работы квалифицировали Ниаспам® как универсальный регулятор моторики кишечника. Поддерживающая терапия этим спазмолитиком в суточной дозе 200 мг в течение двух месяцев стабильно сохраняла достигнутый эффект. У препарата обнаружилось и замечательное побочное действие — тенденция к уменьшению дисбиоза кишечника.

Описанный выше клинический случай показал, что сочетанное течение ГЭРБ и СРК имеет более сложный патогенез развития и усугубляет клиническую картину

обоих заболеваний, существенно ухудшая качество жизни пациента. Выбирая подходы к терапии, необходимо учитывать такую сложность патогенеза.

— И вам удалось это учесть?

— Надеюсь, что да. Именно с этой целью мы выбрали среди всех спазмолитиков Ниаспам®, а среди представителей ИПП — Санпраз® как препараты универсального действия, эффективные при разных вариантах ГЭРБ и СРК. При сочетании этих заболеваний из-за сложного патогенеза образуется непростая мозаика симптомов. Гастроэнтерологу трудно различить такие варианты, чтобы назначить лекарства адресного действия. Универсальность Санпраза и Ниаспама вносит полезный вклад в борьбу с этими болезнями в любых их разновидностях, что, видимо, и произошло в случае нашей пациентки. ✖

Александр Рылов, к.м.н.

Санпраздник для желудка

- Единственный в России дженерик пантопразола, одобренный FDA^{*1}
- Ингибирует протонные помпы до 46 часов²
- Прием 1 раз в день³

*FDA - Food and Drug Administration (FDA) - управление по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов США. 1. <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/Index.cfm?event=BasicSearch.process> (13.11.2024). 2. Sachs G, Shin JM, PrathaV, Hogan D. Synthesis or rupture: duration of acid inhibition by proton pump inhibitors. *Drugs Today (Bare)*. 2003 Mar;39 Suppl A:11-4. PMID: 12712216. 3. Инструкция по применению лекарственного препарата Санпраз 40мг ЛС-001183-130519, изменение №1, последнее изменение от 10.11.22.

При возникновении возможных нежелательных явлений просим обращаться к специалисту по фармаконадзору в АО «РАНБАКСИ» (группа компаний SUN PHARMA), Адрес: 107023, г. Москва, ул. Электрозаводская, д. 27, стр. 8, пом. 14/1, тел. +7 (495) 234-51-70, <https://sunpharma.com/russia/>, E-mail: PV.EAEU@sunpharma.com.

SUN PHARMA

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Реклама

Фантастические пришельцы, или Что вы слышали об актиномикозе желчевыводящих протоков?

На канале *BMSendoscopy* в Telegram (@bmsendoscopy) — открытой площадке для обмена интересными наблюдениями и обучения — уже второй год публикуются клинические случаи проекта #playlistЭндоскописта. Самые интересные истории не только для эндоскопистов, но и для гораздо более широкой аудитории теперь будут появляться и на страницах нашей газеты в новой рубрике «Расследование доктора НеХауса».



Михаил
Сергеевич
БУРДЮКОВ

Д.м.н., доцент кафедры эндоскопии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, руководитель центра эндохирургии федеральной сети клиник «Евроонко», врач эндоскопического отделения ГБУЗ «ММНKC им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения Москвы



Мария
Александровна
АНИЩЕНКО

К.м.н., с.н.с. НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии НИИ клинической хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, эндоскопист ГБУЗ «ГКБ № 31 им. акад. Г.М. Савельевой» Департамента здравоохранения Москвы



Станислав
Александрович
БУДЗИНСКИЙ

Д.м.н., главный научный сотрудник НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, заведующий отделением эндоскопии ГБУЗ «ГКБ № 31 им. акад. Г.М. Савельевой» Департамента здравоохранения Москвы

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В отделение поступила женщина 45 лет с жалобами на боли в животе и желтушность, появившиеся три дня назад. На первый взгляд имела место типичная ситуация скоропомощного стационара, при которой достаточно стандартного диагностического алгоритма: общий и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование брюшной полости (УЗИ БП). Общий билирубин составил 45 мкмоль/л, а прямой — 23 мкмоль/л (норма 1–3,4 мкмоль/л). Также наблюдался минимальный воспалительный синдром (лейкоцитоз — $9,4 \times 10^9$). Предварительный диагноз по итогам УЗИ звучал так: хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз. Лабораторные признаки механической желтухи и УЗИ-картина холангиоэктазии были показаниями к ретроградному транспапиллярному вмешательству.

Холангиография выявила расширение внутрипеченочных и печеночного протоков, однако конкременты найдены не были, но обнаружилась стриктура проксимальной печеночного протока протяженностью

20 мм (рис. 1). Эта находка потребовала незамедлительного расширения первоначального плана, так как нужно было разобратся с природой этой стриктуры, в связи с чем выполнена транспапиллярная холангиоскопия для визуальной оценки области сужения. Что же было обнаружено? Полуциркулярное сужение общего печеночного протока с мелкобугристой плотной поверхностью, откуда взяли образцы для биопсии.

Представлял интерес и тот факт, что провести холангиоскоп за область сужения не удалось. Вмешательство завершилось билиарным стентированием. Сформулирован неутешительный диагноз, кардинально отличавшийся от первоначального: стриктура проксимальных отделов общего печеночного протока (ОПП) неясного генеза. Требовалось провести дифференциальную диагностику — в первую очередь с новообразованием (опухолью Клацкина — раком желчных протоков, который локализуется в области ворот печени) и сдавлением извне. Для этого следовало дождаться результатов морфологического исследования, после чего стал бы возможным выбор дальнейшей тактики ведения пациентки. Ее выписали в удовлетворительном состоянии с рекомендациями выполнить магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости (МРТ ОБП) в амбулаторных условиях.

Результаты биопсии исключили опухолевую природу стриктуры (рис. 2), а на МРТ обнаружилось сужение терминальных отделов холедоха, что расходилось с полученными эндоскопическими результатами. Пациентку повторно госпитализировали в плановом порядке для уточнения характера поражения. Жалоб не предъявляла, лабораторные показатели и онкомаркеры находились в пределах референсных значений.

Первым этапом выполнена эндосонография панкреатобилиарной зоны, не подтвердившая результаты МРТ: сужения терминального отдела холедоха не выявлено. Однако полученные ранее данные о наличии стриктуры проксимальных отделов ОПП подтвердились, как и признаки оттеснения данной зоны со стороны шейки желчного пузыря, заполненной конкрементами. Это стало показанием к повторной холангиоскопии и биопсии.

При повторном внутривидеографическом исследовании визуализировалось сужение проксимальных отделов ОПП с гиперпластическими разрастаниями на фоне утолщения стента. На этот раз данная область оказалась проходима для холангиоскопа, что позволило получить абсолютно новую и неожиданную информацию. В проекции правого долевого протока найдена структура белесовато-синюшного цвета (рис. 2). Это требовало выполнения биопсии. Однако синеватый цвет наталкивал на мысль о том, что речь может идти о сосудистой мальформации, ассоциированной с риском развития кровотечения. Интраоперационный консилиум потребовал провести биопсию этой зоны, в том числе повторный забор материала из области стриктуры ОПП. Биопсия прошла штатно, после чего было выполнено релаксирование.

Результат гистологического исследования образцов из области стриктуры не отличался от предыдущего. Однако информация о строении неизвестного образования нас удивила — обнаружилось гнойно-некротическое воспаление с присутствием актиномицетов (рис. 3). В результате был сформулирован окончательный диагноз — желчнокаменная болезнь (ЖКБ): хронический калькулезный холецистит (ХКХ), синдром Мириззи 1-го типа, актиномикоз желчевыводящих протоков.

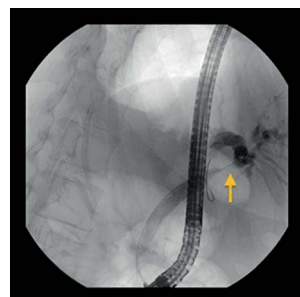


Рисунок 1. ЭРХГ. Стриктура проксимальных отделов общего печеночного протока (указана стрелкой)



Рисунок 2. Холангиоскопия: неизвестная структура билиарного тракта

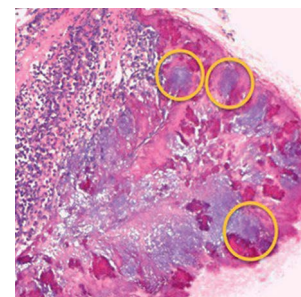


Рисунок 3. Гистологический препарат, окраска — гематоксилин, эозин. Скопления актиномицетов обведены желтым



Рисунок 4. Препарат удаленного желчного пузыря

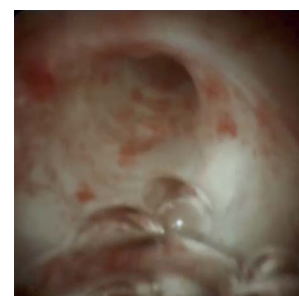


Рисунок 5. Холангиоскопия: область сужения после курса АБТ и этапного стентирования

Констатация наличия актиномикоза позволила подобрать пациентке специализированное лечение в профильном учреждении — Московском центре глубоких микозов и актиномикоза — с назначением антибактериальной терапии (АБТ): амоксициллин (500 мг) трижды в день в течение шести месяцев. Через три месяца от начала АБТ пациентка прошла плановую госпитализацию для контрольного обследования и оценки динамики лечения, а также решения вопроса о стентировании.

Выполнены эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и холангиоскопия. В проекции правого долевого протока визуализирована трубчатая структура белесоватого цвета, ткани здесь плотные, не кровоточат. Природа образования на этот раз была известна, поэтому без малейших опасений оно было захвачено и полностью удалено, процедура завершилась билиодуоденальным репротезированием. Исследование удаленных тканей не выявило актиномицетов, что говорит о положительной динамике на фоне проведенного лечения.

Еще через три месяца, после завершения курса АБТ, пациентке была выполнена успешная, но технически непростая холецистэктомия. Желчный пузырь с утолщенной до 15 мм ригидной стенкой был плотно

спаен с окружающими тканями (рис. 4). Также произведено плановое релаксирование. Стент был окончательно извлечен через два месяца после холецистэктомии в связи с отсутствием признаков стриктуры желчевыводящего тракта (рис. 5).

РЕДКАЯ ИНФЕКЦИЯ

Актиномикоз — редкое хроническое заболевание, вызываемое группой нитевидных грамположительных анаэробных и микроаэрофильных бактерий *Actinomycetales*.

Ранее эти микроорганизмы считались грибами из-за способности формировать ветвящийся мицелий. В норме актиномицеты колонизируют полость рта, ЖКТ и мочеполовую систему и могут стать патогенными при нарушении целостности слизистой в результате инфекций, травм или хирургического вмешательства. Актиномикоз желчных протоков встречается крайне редко и может имитировать рак, холецистит или панкреатит, что ведет к неверному выбору метода лечения. Хроническое воспаление и реактивный фиброз на фоне актиномикоза обратимы и регрессируют на фоне длительной адекватной АБТ.

В мировой литературе описаны только шесть случаев билиарного актиномикоза. Это крайне редкое хроническое заболевание с неспецифическими клиническими проявлениями и лабораторными изменениями. Для постановки правильного диагноза необходимо морфологическое подтверждение. Холангиоскопия с прицельной биопсией позволяют это сделать. ✖

Представление данного клинического случая также можно посмотреть в VKvideo в проекте #playlistЭндоскописта, отсканировав QR-код.



Оценка повреждений пищевода после термической абляции при фибрилляции предсердий

Термическая абляция при фибрилляции предсердий (ФП) способна приводить к повреждению пищевода — от едва заметных дефектов слизистой до тяжелых осложнений типа перфораций или предсердно-пищеводных свищей.

Иногда такие травмы протекают бессимптомно, порой же сопровождаются болью в груди, лихорадкой, дисфагией и одиофагией. В литературе упоминаются случаи повреждений у 5–40 % пациентов, но наиболее тяжелые формы крайне редки (менее 0,25 %). Эндоскопически картина повреждений обычно представлена белесоватыми коагуляционными пятнами диаметром 1–2 см в средней трети пищевода, реже отмечается образование глубоких язв или свищей. Чрезмерное раздувание пищевода воздухом в подобном случае может привести к открытию свищевого хода и фатальной воздушной эмболии, поэтому вместо эндоскопии зачастую используют альтернативные методы диагностики: компьютерную или магнитно-резонансную томографию (КТ или МРТ) с поздним контрастированием гадолинием.

Акии с коллегами в своем исследовании оценили применение эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) в диагностике повреждений у 234 пациентов после термической абляции при ФП. ЭУС проводилась без раздувания пищевода воздухом; при отсутствии свища следующим шагом была эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

Если же при ЭУС выявляли риск свища, от проведения ЭГДС отказывались из-за потенциальной опасности.

При проведении ЭУС у участников исследования его авторы обнаружили следующие изменения:

- плевральный выпот — 31 %;
- изменения в медиастинальной адвентиции — 22,2 %;
- медиастинальная лимфаденопатия — 14 %;
- аномалии в области легочных вен — 10,6 %;
- патология стенки пищевода — 7,7 %.

Подобные находки свидетельствуют о том, что патологический процесс может затрагивать не только пищевод, но и прилежащие структуры, формируя системную картину поражения. Также может прослеживаться связь между изменениями в легочных венах, лимфоузлах и глубиной травмы.

Авторы применили Канзасскую классификацию пищеводных поражений, основанную на данных ЭГДС:

- тип 1 — эритема;
- тип 2а — поверхностная язва;

- тип 2б — глубокая язва;
- тип 3а — перфорация без сообщения с предсердием;
- тип 3б — перфорация с сообщением с предсердием.

Оказалось, что у 25 % пациентов имелись те или иные дефекты слизистой. Повреждений 3-го типа не обнаружили (у пациентов с глубокой травмой стенки пищевода по результатам ЭУС ЭГДС не проводили). При этом более половины выявленных дефектов приходилось на эритему (1-й тип), треть — на поверхностные язвы (тип 2а), глубокими язвами (тип 2б) оказались всего 5 % повреждений. Примечательно, что все 3 пациента с глубокими язвами по данным ЭГДС имели утолщение пищеводной стенки по результатам ЭУС, тогда как лишь у шести из двадцати больных с поверхностными язвами обнаруживалась аналогичная находка. Это свидетельствует о хорошей корреляции между данными ЭУС и ЭГДС при тяжелых повреждениях и ценности ультразвуковой диагностики в выявлении серьезных поражений.

ЭУС дает возможность своевременно обнаруживать повреждения пищевода, возникшие после термоабляции ФП, и одновременно

оценивать состояние окружающих средостенных структур. В некоторых случаях это позволяет врачам решить вопрос о необходимости госпитализации и постоянного наблюдения за состоянием пациента. Как уже было сказано выше, результаты КТ, выполненные сразу после абляции, могут не совпадать с данными ЭГДС. На фоне таких разногласий ЭУС кажется особенно многообещающим методом, поскольку позволяет одновременно визуализировать как стенку пищевода, так и прилежащие органы. Однако это исследование имеет свои ограничения. Во-первых, данные собирались с 2006 по 2020 год, во время бурного прогресса в лучевой диагностике. Во-вторых, сегодня появились альтернативные подходы к абляции (например, импульсно-полевая), которые, согласно некоторым источникам, реже приводят к поражению пищевода. Наконец, качество ЭУС сильно зависит от опыта оператора: без раздувания пищевода процедура усложняется и требует особых навыков. Несмотря на это, ЭУС может занять важное место в диагностике и ведении пациентов с повреждениями пищевода после термической абляции, позволяя грамотно назначать лечение и повышая безопасность выполнения процедур. ❌

Роман Куваев, к.м.н., Юлия Клишина

ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ С НОВЫМ ПОКОЛЕНИЕМ ЭНДОСКОПОВ



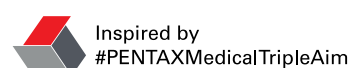
INSPIRA

Видеопроцессор PENTAX Medical INSPIRA™

Система, выводящая эндоскопы
разных поколений к новому
уровню качества изображения.

Передовые технологии в диагностике и терапии.

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
www.pentaxmedical.com



Увидеть эозинофил и остаться в живых

У вас на приеме молодой, внешне здоровый, цветущий мужчина, который жалуется, что в пищеводе периодически застревает пища, поэтому приходится тщательно пережевывать ее и обильно запивать водой, а несколько раз в год даже экстренно обращаться в стационар для извлечения пищевого комка? Сомнений в диагнозе практически нет. Это пациент с эозинофильным эзофагитом!



Валерия
Олеговна
КАЙБЫШЕВА

К.м.н., с.н.с. научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, гастроэнтеролог ГБУЗ «ГКБ № 31 им. акад. Г.М. Савельевой» Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ)



Евгений
Дмитриевич
ФЕДОРОВ

Д.м.н., профессор, главный научный сотрудник и заведующий курсом оперативной эндоскопии кафедры госпитальной хирургии № 2 с научно-исследовательской лабораторией хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Института хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, клинический руководитель отделения эндоскопической хирургии ГБУЗ «ГКБ № 31 им. акад. Г.М. Савельевой» ДЗМ



Евгений
Васильевич
ГОРБАЧЕВ

К.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии № 2 Института хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, хирург-эндоскопист отделения оперативной эндоскопии ГБУЗ «ГКБ № 31 им. акад. Г.М. Савельевой» ДЗМ



Андрей
Иванович
МОКРИЦКИЙ

Аспирант кафедры госпитальной хирургии № 2 Института хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

х400 — в 0,3 мм², или более 60 эозинофилов/мм²), развитием подслизистого фиброза, клинически проявляющееся нарушением глотания (дисфагия, обтурация пищевода пищевым комком, рвота проглоченной пищей и др.).

ЭоЭ страдают преимущественно мужчины (75 % больных) белой расы (более 90 %). Патология встречается во всех возрастных группах, однако чаще у молодых (в среднем болеют люди 36–42 лет). По меньшей мере у 60 % пациентов с ЭоЭ в анамнезе есть указания на atopические заболевания (бронхиальная астма, пищевая аллергия, atopический дерматит и др.). Прослеживается и наследственная предрасположенность — наличие родственных первой степени родства с ЭоЭ повышает риск развития заболевания.

Симптомы у детей раннего возраста неспецифичны и включают срыгивания, тошноту и рвоту, возникающие во время еды, затруднения при проглатывании определенной пищи (морепродукты, яйца, орехи и др.), боль в животе, отставание в физическом развитии (редко).

Взрослые страдают от симптомов, свидетельствующих о прогрессирующем сужении просвета пищевода (дисфагия, загрудинные боли и эпизоды вклинения пищи в пищевод). Описаны также случаи спонтанного разрыва пищевода, возникшие у больных ЭоЭ на фоне обтурации пищевым комком (синдром Бурхава).

К ВОПРОСУ О БИОПСИИ

Для подтверждения диагноза всем пациентам с подозрением на ЭоЭ при проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) должна быть выполнена множественная биопсия, включающая не менее шести биоптатов из дистального и среднего/проксимального отделов пищевода, предпочтительно из наиболее измененных участков слизистой оболочки.

Проведение множественной биопсии в большинстве случаев позволяет установить верный диагноз, но значительно увеличивает время и стоимость исследования, а также тяжело переносится пациентами.

По результатам ЭГДС у большинства пациентов с ЭоЭ обнаруживаются неспецифические признаки активного воспалительного процесса на всем протяжении пищевода: отек слизистой, белесый экссудат (эозинофильные микроабсцессы), линейные продольные борозды.

У взрослых и подростков с ЭоЭ также нередко обнаруживаются изменения, отражающие развитие подслизистого фиброза (ремоделирования пищевода): множественные концентрические сужения (трахеевидный или кошачий пищевод) и стриктуры (рис. 1).

Главным критерием установления диагноза ЭоЭ служит обнаружение скопления эозинофилов в толще многослойного плоского эпителия в поле зрения микроскопа при большом увеличении — 15 и более (или ≥ 60 эозинофилов на мм²) хотя бы в одном из биоптатов из пищевода (рис. 2). Поскольку при ЭоЭ эозинофилы



Рисунок 1. Эндоскопические особенности эозинофильного эзофагита

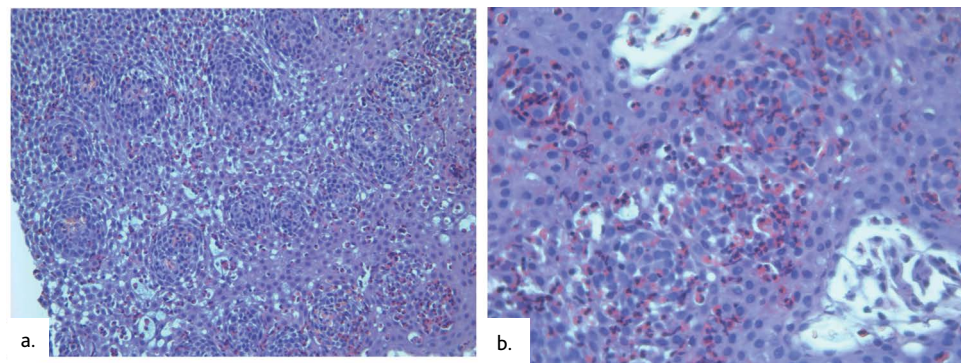


Рисунок 2. Патологоанатомическое исследование биоптата из проксимального отдела пищевода, окраска гематоксилином и эозином.
а. Скопления эозинофильных лейкоцитов, увеличение x200.
б. Скопления эозинофильных лейкоцитов более 60 в поле зрения, увеличение x400.

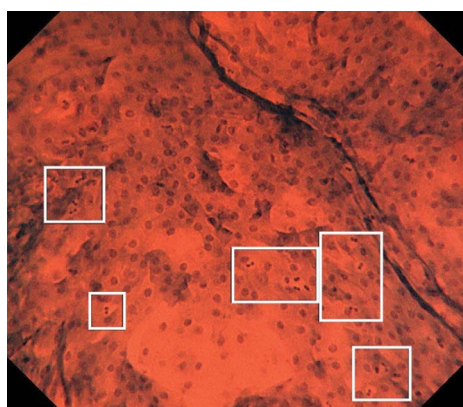


Рисунок 3. Эндоцитоскопическое изображение пищевода с ЭоЭ. Квадратами выделены зоны скопления эозинофилов

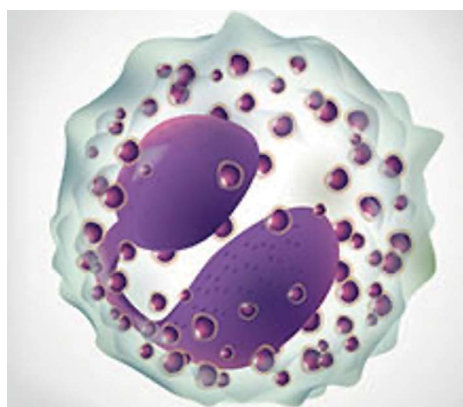


Рисунок 4. Эозинофил с двудольчатым ядром

распределены в слизистой оболочке пищевода неравномерно, биоптаты берутся фактически вслепую, наугад — это так

называемый метод рандомизированной биопсии. Именно поэтому для установления диагноза нужно так много биоптатов, что крайне тяжело переносится пациентами, вызывает стойкий болевой синдром, чревато осложнениями.

НОВЫЙ МЕТОД

Один из возможных способов сократить количество необходимых биоптатов — таргетная биопсия с использованием эндоцитоскопии. Эндоцитоскопия — новый метод, позволяющий оптимизировать эндоскопическую диагностику заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Фактически речь идет о микроскопе, встроенном в эндоскоп: благодаря увеличению в 520 раз удастся увидеть и оценить тканевую и клеточную структуру органа непосредственно в процессе эндоскопического исследования (рис. 3).

Благодаря такому детальному изображению слизистой оболочки эндоскопист уже на этапе забора биоптатов видит места наибольшего скопления эозинофилов, которые хорошо заметны, поскольку в отличие от других клеток имеют двудольчатое ядро (рис. 4).

Увидев эозинофильную инфильтрацию, можно прицельно произвести забор ткани. Данная методика пока находится на стадии клинических испытаний, однако в обозримом будущем мы сможем облегчить страдания пациента, сократив число биоптатов, и значительно улучшить выявляемость ЭоЭ. ✖

ОБТУРАЦИЯ КОМКОМ

Эозинофильный эзофагит — хроническое доброкачественное воспалительное иммуноопосредованное заболевание пищевода, характеризующееся выраженной эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки (более 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения

Эндоскопическая рукавная гастропластика при лечении метаболически ассоциированного стеатогепатита и ожирения

Суть эндоскопической рукавной гастропластики (ЭРГ) — по аналогии с лапароскопической рукавной гастрэктомией — заключается в наложении нескольких швов вдоль большой кривизны желудка с формированием из него трубки.

«Эндоскопические бариатрические и метаболические методики безопасны и эффективны при лечении ожирения и сопутствующих метаболических нарушений и позволяют избежать сложных хирургических вмешательств», — отмечает в журнале *Clinical Gastroenterology and Hepatology* Хавьер Абад из Университетского госпиталя Пуэрта де Йерро (Махадаонда, Испания).

Исследование Хавьера Абада и его коллег показало, что ЭРГ в сочетании с изменением образа жизни значительно превосходит одну лишь коррекцию образа жизни и диеты по степени снижения массы тела и улучшения результатов гистологии у людей с метаболически ассоциированным стеатогепатитом (МАСГ) и ожирением. Так, в группе ЭРГ 94,4 % пациентов достигли значимого снижения массы тела, а в группе фиктивной эндоскопии добиться этого удалось лишь 57,9 % участников (средняя потеря веса — 9,47 % и 3,91 % соответственно).

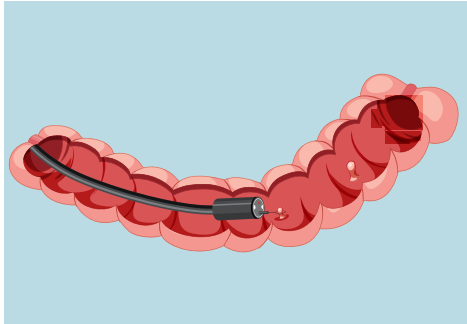
Кроме того, в группе ЭРГ значительно снизились жесткость печени (–5,63 кПа) и стеатоз (–0,94) по сравнению с контрольной группой (–0,2 кПа и –0,26 соответственно). Два пациента, перенесших ЭРГ, столкнулись с нежелательными явлениями, потребовавшими госпитализации,

но их состояние нормализовалось в течение 72 часов на фоне консервативной терапии. Авторы исследования пришли к заключению, что ЭРГ может стать эффективной опцией для пациентов с МАСГ: «Метод можно использовать как часть терапии второй линии в сочетании с другими способами снижения веса или без них, особенно для пациентов, плохо отвечающих на неинвазивные методы лечения».

Роберто Симонс-Линарес, директор отделения бариатрической и метаболической эндоскопии Кливлендской клиники (крупного частного медицинского центра США со столетней историей), комментируя результаты исследования, отмечает, что мы являемся свидетелями прогресса в использовании лекарственных средств и эндоскопических технологий для лечения ожирения, сахарного диабета (СД), а также МАСГ и других вариантов метаболического синдрома. Бариатрическая эндоскопия не стоит на месте, она гармонично объединяет эндоскопические вмешательства и медикаментозную терапию. Необходимо дальнейшее изучение ЭРГ и ее комбинаций с фармакотерапией, например агонистами рецептора глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП-1), для повышения эффективности лечения пациентов с МАСГ и ожирением.

Связь диагностики полипов у ближайших родственников с повышенным риском колоректального рака

В исследовании, опубликованном в *Gastroenterology*, сообщается о существенно возрастающем риске колоректального рака (КРР), особенно с развитием в раннем возрасте, у ближайших родственников пациентов, у которых неоднократно выявляли полипы толстой кишки.



Доктор Махди Фаллах, руководитель Risk Adapted Cancer Prevention Group, фокусирующейся на выявлении людей с повышенным риском развития распространенных видов рака (центр исследований рака, Гейдельберг, ФРГ), сообщает об исследовании, где ему с соавторами удалось выделить группу людей с крайне высоким риском раннего КРР, на которых не распространяются в полной мере существующие рекомендации по скринингу. А значит, необходимо

разработать персонализированные схемы наблюдения, учитывающие частоту выявления полипов у родственников, чтобы снизить заболеваемость и смертность от КРР.

Связь повышенного риска КРР с присутствием полипов толстой кишки в семейном анамнезе отмечали и ранее, но влияние частоты их выявления детально не изучалось. Это заставило ученых провести крупное исследование с анализом данных 11,6 млн человек (51 % из них мужчины) из общенациональных шведских регистров семейных случаев рака с 1964 по 2018 год. Ученые рассчитали показатели заболеваемости КРР в целом и в раннем возрасте, ориентируясь на частоту выявления полипов у родственников пациента.

За 31 год (средний срок наблюдения) КРР обнаружили у 162 927 человек. Всего у родственников зарегистрировано 196 910 случаев полипов: у большинства (162 769)

Не утихают споры об отмене агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 перед эндоскопией

Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП-1) активно применяются для коррекции веса при ожирении. Однако вопрос о необходимости отмены этих препаратов перед плановыми операциями, включая эндоскопию под седацией, остается открытым.

Согласно рекомендациям Американского общества анестезиологов (ASA, 2023), следует воздержаться от приема арГПП-1 минимум за неделю до любой плановой процедуры с седацией из-за риска задержки эвакуации желудочного содержимого и аспирации. При этом многие гастроэнтерологи считают, что такие консервативные меры могут негативно сказаться на доступности и своевременности выполнения исследований.

Дженнифер Фан, медицинский директор Hoag Advanced Endoscopy Center (Центр эндоскопии Hoag, Ирвайн, Калифорния, США), отмечает, что необходимость отмены препаратов за неделю может привести к необоснованным задержкам проведения эндоскопии, а любая отсрочка на фоне недоказанных рекомендаций вызывает недовольство как у пациентов, так и у врачей. Американская гастроэнтерологическая ассоциация (AGA) склоняется к мнению, что перед эндоскопией достаточно только 24-часовой жидкой диеты. По данным нескольких исследований, это может снизить риск сохранения остаточного желудочного содержимого без необходимости прекращать прием препарата.

Вопрос о полной отмене арГПП-1 перед эндоскопией остается дискуссионным. С одной стороны, во многих исследованиях упоминается ряд нежелательных эффектов со стороны ЖКТ (тошнота, рвота, замедленное опорожнение желудка). С другой — нет крупных рандомизированных клинических исследований (РКИ), однозначно подтвердивших повышенный риск аспирации. В итоге врачи опираются на ограниченные данные, чаще всего ретроспективные.

В новых публикациях, в частности в статье Антонио Фаччоруссо (Университет Фоджи, Италия) в *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, сообщается, что пролонгированное голодание может быть не менее эффективным методом профилактики, чем отказ от арГПП-1. При этом ASA сохраняет позицию относительно необходимости отмены препарата вне зависимости от конкретной дозы или вида вмешательства.

однократно, у остальных — многократно. Риск КРР, в том числе раннего, возрастал вместе с числом родственников первой линии с полипами и повышенной частотой их обнаружения. Так, один родственник с однократно выявленными эпителиальными образованиями толстой кишки увеличивал риск КРР у участника исследования в 1,35 раза (95 % ДИ, 1,32–1,38) и раннего КРР в 1,45 раза (95 % ДИ, 1,34–1,55) по сравнению с не имевшими подобного семейного анамнеза.

Еще более явное повышение риска — у участников с одним родственником, у которого полипы находили многократно, или двумя и более родственниками с их неоднократной диагностикой. Максимальные же показатели зафиксировали у тех пациентов, чьи два или более родственника первой линии сталкивались с неоднократным выявлением полипов. Оказалось, что их ранняя диагностика

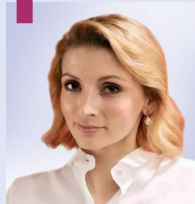
В другой работе пациенты, принимающие арГПП-1, действительно имели более высокую вероятность аспирационной пневмонии, особенно при использовании пропфола и выполнении эндоскопии верхних отделов ЖКТ. Но AGA подчеркивает, что этих данных недостаточно для категоричной отмены арГПП-1 у всех без исключения, и рекомендует применять индивидуальный подход к пациентам, учитывая степень риска и возможные последствия для контроля гликемии.

Одна из работ показала, что более чем у 9 % пациентов, получающих арГПП-1, при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) обнаруживались остатки пищи в желудке. При этом реальный риск аспирации оставался низким. Дополнительно сообщается, что проведение колоноскопии в тот же день снижало объем желудочного содержимого, что согласуется с позицией AGA о предпочтительности жидкой диеты перед эндоскопией для пациентов со средним риском аспирации.

В пересмотренных клинических рекомендациях AGA вновь подчеркивается отсутствие «высокоуровневых опубликованных доказательств», обосновывающих безусловную отмену арГПП-1 у всех пациентов перед плановыми эндоскопическими вмешательствами. По словам доктора Эндрю Ванга (Университет Виргинии, США), данный документ призван дополнить консенсус ASA, который пока базируется на ограниченных результатах и предполагает отмену арГПП-1 в любом случае.

Использование арГПП-1 для лечения СД и ожирения (семаглутид, тирзепатид, эксенатид, лираглутид и др.) сопровождается известными нежелательными эффектами (боли в животе, запоры, диарея, тошнота), однако риск осложнений при эндоскопии остается неоднозначным. Ведущие гастроэнтерологические общества призывают не спешить с отменой препаратов без твердых доказательств. Таким образом, дискуссия о необходимости прекращать прием арГПП-1 перед эндоскопическими процедурами продолжается.

у родственников первой степени (до 50 или 50–59 лет) удваивает риск КРР, а аналогичная зависимость для родственников второй степени проявляется только при множественных эпизодах полипов. В исследовании не учитывались характеристики полипов (размеры, число, результаты биопсии) и не изучались все факторы (например, влияние образа жизни), но благодаря крупной базе и длительному периоду наблюдения результаты выглядят убедительными и статистически значимыми. «Важно учитывать не только факт наличия полипов у родственников, но и то, насколько часто они возникали», — подчеркивает Фаллах. — Тогда стратегия скрининга может быть более гибкой, предусматривающей раннее или более частое обследование для людей из групп повышенного риска».



Татьяна
Алексеевна
ИЛЬЧИШИНА

К.м.н., главный гастроэнтеролог холдинга «СМ-клиника — Северо-Запад», автор образовательного онлайн-проекта «Культурный код: медицина и искусство» и одноименного телеграм-канала, Санкт-Петербург

От Гиппократ до Ван Гога: как искусство может быть полезно врачу

Жизнь врача — это постоянное напряжение, высокий уровень ответственности и ежедневное взаимодействие с пациентами, часто сопровождающееся стрессом и эмоциональными перегрузками. Неудивительно, что профессиональное выгорание становится все более распространенной проблемой. По разным данным, его уровень достигает 50 % среди терапевтов и гастроэнтерологов, а у врачей поликлиник и стационаров он еще выше. Чтобы сохранить внутренние ресурсы и душевное равновесие, важно находить способы борьбы с профессиональным выгоранием. Один из таких путей — обращение к искусству.

Живопись, музыка, театр и литература помогают не только отвлечься, но и развить внимательность, эмпатию, способность замечать детали — качества, крайне важные в медицинской практике. Рассмотрим несколько примеров.

СИТУАЦИЯ 1. ВРАЧ ИЩЕТ РАБОТУ: УЧИМСЯ У МАСТЕРОВ ПРОШЛОГО

Неважно, молодой вы специалист или врач с многолетним опытом, поиск новой работы начинается одинаково — с написания резюме. И, хотя времена меняются, основные правила остаются неизменными. Резюме должно быть коротким, четким и убедительным. Но как именно писать его? Здесь стоит обратиться к настоящему шедевру самопрезентации — письму одного всемирно известного соискателя потенциальному работодателю:

1. Я могу спроектировать легкие и прочные мосты для быстрой переправы.
2. У меня есть способы осушать рвы и разрушать крепости.
3. У меня есть способы уничтожить любую укрепленную позицию.
4. Я могу создать крытые боевые машины, безопасные и неприступные.
5. Если потребуются, я сделаю пушки и артиллерийские орудия.
6. А если речь пойдет о морском сражении — есть решения и для этого.
7. Вдобавок я создаю скульптуры и живопись, ничуть не уступающие лучшим мастерам.

Что мы видим? Аргументов много, но почти все сфокусированы вокруг одной темы — войны. Это правильно, так как именно война интересует адресата письма — миланского герцога Лодовико Сфорца. Только в конце, там, где обычно обозначен раздел «увлечения» в современном резюме, автор скромно упоминает о своих творческих способностях. Этот подход актуален и сегодня: вначале всегда идут ключевые навыки, отвечающие запросам работодателя. Ведь, даже если вы лучший в мире специалист, но эта информация не решает конкретную задачу, — ее следует оставить на потом.

К слову, автор этого письма действительно был лучшим. Он получил работу. А спустя годы его работодатель заказал ему шедевр, известный всему миру, — «Тайную вечерю». Да, это письмо Леонардо да Винчи. Так что учиться писать резюме можно не только на карьерных тренингах, но и у гениев прошлого!

СИТУАЦИЯ 2. КАК ВРАЧУ ДОБИТЬСЯ СВОЕГО БЕЗ КОНФЛИКТА

Иногда на работе все идет не так, как обещали. Зарплата остается на прежнем уровне, несмотря на договоренность о повышении. Должность, которую сулили вам, вдруг отдают другому. Вместо заранее оговоренного нормированного рабочего дня — постоянные переработки, которые никак не оплачиваются. Такая ситуация может выбить из колеи, но давайте действовать решительно и достойно, вдохновляясь примером из мира искусства.

Владимир Маяковский, великий поэт революции, был не только мастером слова, но и человеком, который умел добиваться своего необычными методами. Однажды он столкнулся с типичной для творческих людей проблемой — в Госиздате ему несколько раз обещали выплатить гонорар, но каждый раз переносили сроки. «В следующую пятницу», — говорил главный бухгалтер, и эта пятница все никак не наступала. После нескольких безуспешных визитов терпение поэта лопнуло. В очередной раз, услышав привычное: «Приходите на следующей неделе», — Маяковский не ушел. Он снял пиджак, аккуратно повесил его на спинку стула, засучил рукава и спокойно заявил, что будет танцевать чечетку в кабинете главбуха до тех пор, пока не получит свои деньги.

Сначала бухгалтер решил, что поэт шутит. Но когда Владимир Владимирович начал отбивать чечетку по паркетному полу, ситуация изменилась. Кабинет наполнился громким стуком. Пол заходил ходуном, лампы начали дрожать, а главное — стало понятно, что Маяковский не собирается останавливаться. Суровое выражение его лица говорило громче любых слов: он настроен серьезно и готов танцевать до победного конца. Через несколько минут деньги были выданы в полном объеме.

Конечно, танцевать чечетку в кабинете главврача вряд ли стоит. Но какой вывод важно сделать из этой истории? Если вы понимаете, что правы, не бойтесь напомнить о себе. Уверенно, спокойно, но настойчиво. Прямой разговор, акцент

на факты, отсутствие агрессии и креативный подход — вот те составляющие, которые помогут добиться обещанного, будь то повышение зарплаты или карьерный рост. Главное — не молчать и помнить, что уважение к себе начинается с готовности отстаивать свои интересы. А танцы оставим Маяковскому.

Прямой разговор, акцент на факты без агрессии и креативный подход помогут добиться цели



Пьер Огюст Ренуар (1841—1919)

СИТУАЦИЯ 3. КАК СОХРАНЯТЬ СТРАСТЬ К ДЕЛУ, НЕСМОТЯ НА ТРУДНОСТИ: ВДОХНОВЛЯЮЩАЯ ИСТОРИЯ РЕНУАРА

Врачи зачастую работают в тяжелых условиях: перегрузки и низкая зарплата, жалобы пациентов и нехватка времени, отсутствие адекватных ресурсов и поддержки. Все это приводит к тому, что наша профессия становится эмоционально

и физически истощающей. В трудных ситуациях нам могут помочь истории людей, которые в условиях боли и испытаний продолжали двигаться вперед. Один из таких примеров — французский художник Пьер Огюст Ренуар, один из самых ярких представителей импрессионизма. В 55 лет он упал с велосипеда и сломал руку, что послужило триггером развития ревматоидного артрита. Уже через семь лет он с трудом ходил, а через восемь из-за поражения шейного отдела позвоночника и частичного паралича оказался прикованным к инвалидной коляске. Из-за болезни Ренуар похудел до 46 кг, кости торчали, иногда трескалась кожа, малейшее соприкосновение с тканью вызывало ранки и язвы. Несмотря на невыносимую боль, художник продолжал писать картины, привязывая кисть к руке.

Однажды его друг и коллега Анри Матисс спросил Ренуара:
— Зачем ты себя так мучаешь?
На что Ренуар ответил:
— Боль проходит, а красота остается.

Этот случай — не просто о художнике. Это история о настоящем профессионализме, который не зависит от внешних условий, усталости или зарплаты. Однако без должного внимания к своему состоянию, без грамотного отдыха и восстановления многие врачи теряют страсть к профессии, а вместе с ней — и возможность оказывать качественную помощь. Мы часто так поглощены заботой о других, что забываем о собственных силах. Давайте же заботиться и о себе, о своем здоровье, отдыхе и балансе в жизни, ведь только так мы сможем продолжать давать лучшее нашим пациентам! ✖



Уважаемые коллеги, будем рады видеть вас среди подписчиков телеграмм-канала КК: медицина и искусство.