

травмирующих факторов, нарушений привычной физической активности, сна и др. Все пациенты входили в группу с низким и средним среднемесячным доходом, что оказывало влияние на разнообразие питания, пищевые привычки. При этом отмечено относительно разнообразное питание, но с недостаточным употреблением овощей и фруктов.

Наше исследование имеет некоторые ограничения в виде относительно небольшой выборки пациентов. Однако в составе международного многоцентрового исследования наши данные могут принести пользу в изучении причин развития ОП, разработке более эффективных стратегий профилактики и лечения этого заболевания.

Наше участие в международном многоцентровом исследовании LIFESPAN позволяет нам получить опыт совместной работы с панкреатологами разных стран.

Выводы

В рамках продолжающегося международного многоцентрового исследования LIFESPAN нами изучены факторы риска развития ОП. На данном этапе исследования выявлены корреляции тяжести острого панкреатита с некоторыми пищевыми привычками, физической активностью и качеством сна. Знание этих факторов риска развития ОП позволит предложить пациентам смену образа жизни, разработать основные меры по профилактике развития ОП.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Global Burden of Disease (GBD) [Electronic resource]. – Mode of access: [<https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>]. – Date of access: 15.03.2024.
2. Mederos, M. A. Acute Pancreatitis: A Review / M. A. Mederos, H. A. Reber, M. D. Girggis // JAMA. – 2021. – № 325(4). – P. 382–390.
3. LIFESpan, Prevention and Risk of Acute Pancreatitis (LIFESPAN): protocol of a multicentre and multinational observational case-control study / B. Koncz [et al.] // BMJ Open. – 2020. – № 10. – P. 1–9.

УДК 616.33-006-072.1-089.87

С. А. Узенова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Р. Р. Файзулина

Учреждение образования

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства Здравоохранения
г. Оренбург, Российская Федерация*

МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Введение

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) являются наиболее распространенными мезенхимальными опухолями желудочно-кишечного тракта, риск малигнизации которых составляет 10–30% от всех имеющихся новообразований желудочно-кишечного тракта. ГИСО чаще локализуются в желудке, но могут быть обнаружены в любом отделе желудочно-кишечного тракта. Для данных опухолей в той или иной степени присущ злокачественный потенциал, вследствие чего ГИСО считаются непредсказуемыми в своей дальнейшей трансформации, и требуют обязательного удаления [1, 2].

Цель

Изучить различные методы эндоскопического удаления ГИСО.

Материал и методы исследования

Зарубежная и отечественная литература за последние 5 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходя из данных клинических рекомендаций, хирургическое удаление ГИСО рекомендуется в том случае, если их размер составляет более 2 см, а для опухолей размером менее 2 см рекомендуется либо хирургическое удаление, либо наблюдение [3]. Считается, что даже небольшие ГИСО размером менее 2 см, имеющие высокий митотический индекс, потенциально злокачественны. Таким образом, стоит отметить, что крайне важно диагностировать и лечить ГИСО на ранней стадии. ЭУЗИ (эндоскопическая ультразвукография) и эндоскопическое исследование ЖКТ имеют преимущества в ранней диагностике и лечении ГИСО. Выделяют следующие методы эндоскопического удаления ГИСО: 1) эндоскопическое лигирование лентой; 2) эндоскопическая подслизистая диссекция; 3) эндоскопическая подслизистая экскавация; 4) эндоскопическая полнослойная резекция; 5) эндоскопическая подслизистая туннельная резекция.

Характеристика методов эндоскопического удаления ГИСО:

Эндоскопическое лигирование лентой – это метод, при котором используют ленту, наложенную у основания опухоли с целью придания ей полипоидной формы с псевдоножкой, аспирированной изначально в колпачок эндоскопа, заканчивается данная манипуляция иссечением опухоли от прилежащих тканей. Для контроля выполнения данной процедуры используется ЭУЗИ. Стандартная процедура заключается в следующем: аспирация опухоли в прозрачный колпачок, прикрепленный к кончику эндоскопа, придание опухоли полипоидной формы с помощью ленты. Далее слизистую оболочку и подслизистый слой, покрывающие опухоль, разрезаются крючковидным ножом или щипцами. После обнажения опухоли, ее облучают и помещают в камеру. Производится ревизия раны, затем рану закрывают металлическими зажимами и поверх зажимов распыляют тканевой клей (рисунок 1) [4].

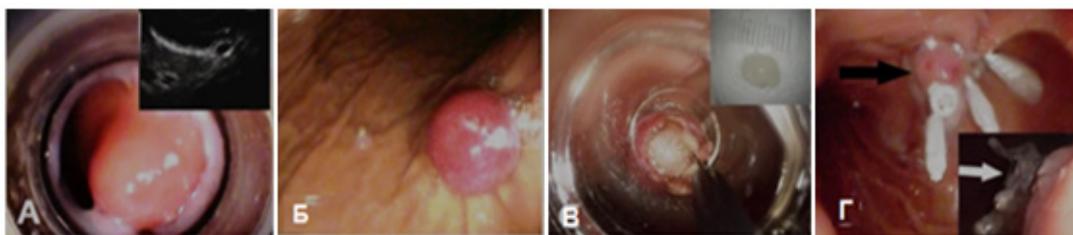


Рисунок 1 – Эндоскопическое лигирование лентой:

А – интактная опухоль; Б – опухоль лигированная лентой; В – опухоль после облучения и резекции; Г – раневая поверхность, закрытая металлическими зажимами [5]

Показания к применению: ГИСО размером до 2 см. Данный метод является безопасным, эффективным и относительно простым для диагностики и удаления небольших опухолей, исходящих из собственно мышечной оболочки. Основным недостатком является ограничение максимального резектабельного размера опухоли (менее 12 мм) из-за размера оборудования, предназначенного для резекции данным методом.

Эндоскопическая подслизистая диссекция – это метод эндоскопического удаления ГИСО, предусматривающий резекцию единым блоком более крупных новообразований, исходящих из подслизистого слоя. Данная процедура заключается в следующем: нанесение маркирующих точек вокруг опухоли, подслизистая инъекция, предварительный разрез слизистого и подслизистого слоев, а также последующее иссечение опухоли (рисунок 2). По сравнению с предыдущим методом эндоскопическая подслизистая диссекция обеспечивает больший резектабельный размер опухоли и резекцию единым блоком.

Показания к резекции единым блоком: ГИСО, происходящие из более поверхностных слоев мышечной пластинки, размером до 3 см [6].

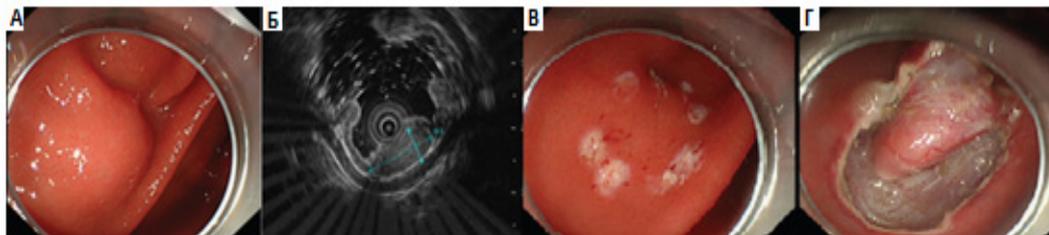


Рисунок 2 – Эндоскопическая подслизистая диссекция:
А – ГИСО желудка; Б – ЭУЗИ: опухоль из собственной мышечной пластинки;
В – нанесение маркирующих точек; Г – Диссекция опухоли с помощью ИТ-ножа [7]

Эндоскопическая подслизистая экскавация – это метод эндоскопического удаления ГИСО, при котором предусматривают резекцию единым блоком тех новообразований, которые пролегают в более глубоких слоях стенки органа. Стандартная процедура заключается в следующем: нанесение маркирующих точек вокруг очага поражения, подслизистая инъекция, предварительный разрез слизистой и подслизистой оболочек и экскавация опухоли. Основное различие данного метода от предыдущего заключается лишь в глубине эндоскопической резекции. Данный метод продемонстрировал свою безопасность и эффективность в резекции ГИСО желудка с благоприятным исходом. Показания к подслизистой экскавации: опухоли более глубоких слоев размером не более 3 см [7].

Эндоскопическая полнослойная резекция – это метод эндоскопического удаления ГИСО, охватывающий всю толщину стенки с частями здоровых тканей с целью исключения рецидивов. Стандартная процедура заключается в следующем: подслизистая инъекция, предварительный разрез слизистой и подслизистой оболочек вокруг очага поражения, окружной разрез до слоя мышечной пластинки, разрез серозного слоя, полнослойная резекция опухоли, включая серозный слой и закрытие дефекта стенки желудка (рисунок 3). Безопасность и эффективность данного метода удаления ГИСО была подтверждена. Показания: размеры опухоли не более 3 см [7, 8].

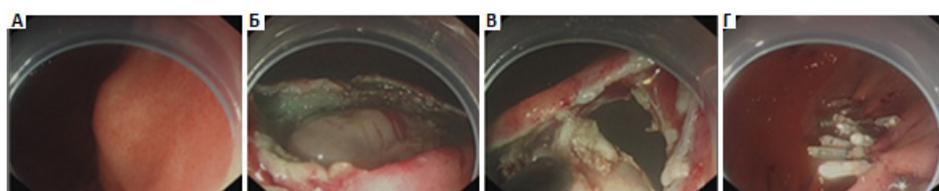


Рисунок 3 – Эндоскопическая полнослойная резекция:
А – интактная опухоль; Б – обнаженная опухоль; В – эндоскопическая полнослойная резекция опухоли, через «активную перфорацию», видна брюшная полость;
Г – Закрытая рана несколькими зажимами [7]

Эндоскопическая подслизистая туннельная резекция – это еще один метод удаления ГИСО, характеризующийся созданием туннеля в подслизистом слое во избежание перфорации на всю толщину во время резекции опухоли. Стандартная процедура включает: подслизистую инъекцию, создание входа в туннель и подслизистого туннеля, поиск, иссечение и извлечение опухоли из туннеля, закрытие входа в туннель. По сравнению с другими методами данный метод обладает множеством преимуществ, включая поддержание целостности слизистой оболочки, ускорение процессов заживления (рисунок 4).

Показания: относительно небольшие ГИСО размером менее 2 см, почти не затрагивающие мышечную оболочку [9].



Рисунок 4 – Подслизистая туннельная резекция:

А – ГИСО; Б – создание туннеля; В – отделение опухоли от собственно мышечного слоя и ее удаление; Г – Раневая поверхность после удаления опухоли; Д – закрытие входа в туннель зажимами [7]

Выводы

Гастроинтестинальные стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта – это нередкое заболевание, которое обнаруживается на ранних стадиях, благодаря развитию и широкому применению эндоскопических методов исследования. Эндоскопический подход в лечении данных заболеваний определенно имеет большие преимущества перед открытой хирургией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бредихина, Е. В. Диагностика и лечение гастроинтестинальных стромальных опухолей (обзор литературы) / Е. В. Бредихина, Е. М. Бредихин // Медицинские новости. – 2017. – № 2. – Р. 4–7.
2. Кащенко, А. В. Особенности диагностики и лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей / А. В. Кащенко, Р. В. Орлова, М. И. Глузман // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2017. – № 2. – Р. 1–9.
3. Клинические рекомендации гастроинтестинальные стромальные опухоли / А. Д. Каприн // Общероссийский национальный союз Ассоциация онкологов России. – 2020. – Р. 15–18.
4. Marcella, C. Clinical Overview of GIST and Its Latest Management by Endoscopic Resection in Upper GI: A Literature Review / C. Marcella, R. H. Shi, S. Sarwar // Gastroenterol Res Pract. – 2018. – Vol. 31. – Р. 686–691.
5. Ligation-assisted endoscopic enucleation for the diagnosis and resection of small gastrointestinal tumors originating from the muscularis propria: a preliminary study / J. Guo [et al.] // BMC Gastroenterol. – 2013. – Vol. 16. – Р. 13–18.
6. Efficacy and safety of endoscopic submucosal dissection for large gastric stromal tumors/ Q. Chen [et al.] // Clin Res Hepatol Gastroenterol. – 2020. – № 44(1). – Р. 90–100.
7. Endoscopic resection of gastric gastrointestinal stromal tumors / Y. Tan [et al.] // Transl Gastroenterol Hepatol. – 2017. – Vol. 19. – Р. 112–115.
8. Tian, X. Modified endoscopic full-thickness resection of gastric stromal tumor originating from the muscularis propria layer / X. Tian, B. Shi, WQ. Chen // Gastrointest Oncol. – 2020. – № 11(2). – Р. 461–466.
9. Endoscopic full-thickness resection (EFTR) compared to submucosal tunnel endoscopic resection (STER) for treatment of gastric gastrointestinal stromal tumors / P. W. Y. Chiu [et al.] // Endosc Int Open. – 2023. – № 11(2). – Vol. 23. – Р. 179–186.

УДК 616.37-002-036.11-02-073.756.8

Е. И. Фетисова, Е. А. Колова, А. В. Башмур

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КТ-КАРТИНА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.

ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Введение

Острый панкреатит (ОП) – это внезапно начавшееся и лавинообразно нарастающее поражение поджелудочной железы, в основе которого лежит аутолитический ферментативный процесс. Заболеваемость ОП занимает третье место в структуре ургентной патологии органов брюшной полости, уступая острому аппендициту и холециститу.