

## ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИСТОВ, 23.05.08.

### 1. Основные принципы эндобронхиальной антибиотикотерапии

Л.Е. Логинов – д.м.н., Б.Л. Жданов – к.м.н.  
МЦ Банка России, Москва

В терапии обструктивного гнойного эндобронхита (ОГЭ) антибиотикотерапии уделяется основное место.

По мнению многих исследований, поддержание терапевтического уровня антибиотика только в сыворотке крови не имеет решающего значения. Эффективность антибиотикотерапии определяется уровнем концентрации препарата непосредственно в инфекционном очаге бронхолегочной ткани.

Исходя из этого факта, антибиотики следует назначать в дозах, эффективность которых подтверждена в клинических исследованиях, выполненных на основе фармакокинетического анализа фармакологического эффекта.

Режимы и пути введения антибиотиков не могут быть стандартными и определяются: во-первых, принадлежностью антибиотика к определенному классу, обуславливающему его органотропность; во-вторых, степенью активности эндобронхита, когда используются В-лактамные антибиотики (и гликопептиды).

Концентрации большинства В-лактамных антибиотиков в бронхолегочной ткани не превышают 50% от их сывороточных уровней, в то время как концентрации фторхинолонов, аминогликозидов и линезолида в бронхиальных секретах соответствуют сывороточным уровням или превышают их. Поэтому назначение первых требует дополнительного эндобронхиального введения антибактериального препарата, а последних – отвечает стандартным рекомендациям фармакопеи.

Предлагаемый алгоритм эндобронхиальной антибиотикотерапии инфекционно-воспалительного процесса в бронхолегочной системе при использовании В-лактамных антибиотиков включает ориентировочную основу действия по лечению различных фаз (III и II степени активности) течения эндобронхита. Антибактериальная терапия при обострении ОГЭ (III степень активности эндобронхита) осуществляется введением одной средней суточной дозы антибиотика с интервалом в 3 (АНД) суток при ежедневном внутримышечном введении того же препарата в дозах, рекомендуемых фармакопеей, на протяжении

9 суток. При латентном течении бронхиальной инфекции (II степень активности эндобронхита) антибактериальная терапия В-лактамными антибиотиками проводится эндобронхиальным введением одной средней суточной дозы антибиотика с интервалом в 3 дня.

При наличии бронхобструктивного синдрома на 1-м этапе лечения следует проводить бронхоскопическую санацию с введением индифферентных или антисептических растворов и, по достижении бронхиальной проходимости, переходить на эндобронхиальную терапию.

### 2. Нитиноловые билиарные стенты

А.Г. Федоров – к.м.н доцент, С.В.Давыдова – к.м.н. доцент, Н.А. Маркина – аспирант

Кафедра факультетской хирургии РУДН, 64 ГКБ, Москва (зав. кафедрой, проф. А.Е. Климов)

В последние годы широкое распространение получили транспапиллярные методы дренирования желчных протоков при различной патологии билиопанкреатодуodenальной области с использованием стентов, изготовленных из различных материалов. Основным показанием к транспапиллярному эндопротезированию является желчная гипертензия, обусловленная злокачественной или доброкачественной патологией.

Впервые эндопротезирование желчных протоков произвел N. Soehendra в 1979 г. при помощи гастроскопа с боковой оптикой у больного с раком головки поджелудочной железы. В качестве стента использовался ангиографический катетер диаметром 7 Fr. На слайде представлены рентгенограммы и схемы этого вмешательства. После успешной попытки эндопротезирования, предпринятой N. Soehendra, а также усовершенствования моделей дуоденоскопов, с 80-х годов прошлого столетия началось широкое применение для паллиативного лечения билиарной обструкции пластиковых эндопротезов.

С конца 80-х начала 90-х годов прошлого века для клинического использования были предложены металлические саморасширяющиеся стенты. Преимуществом этих стентов по сравнению с пластиковыми является их больший внутренний диаметр (8–10 мм против 4 мм), что значительно увеличивает срок функционирования эндопротезов (6–12 месяцев против 3 месяцев у пластиковых стентов).

Существующая классификация металлических стентов различает эндопротезы по способу расправления, по наличию или отсутствию покрытия, по способу

установки и по материалу, из которого они изготовлены. В начале 60-х годов в США был изготовлен никель-титановый сплав (в соотношении 55% к 45%), обладающий эффектом запоминания формы, что позволило применить это свойство при производстве стентов.

В период с апреля двухтысячного года по декабрь 2006 г. в хирургической клинике Российского университета дружбы народов на базе городской клинической больницы № 64 г. Москвы было предпринято 298 попыток билиарного дренирования у 209 пациентов. Из них 165 больных со злокачественной обструкцией и 44 пациента с доброкачественной билиарной патологией. Всего выполнен 271 сеанс эндопротезирования желчных протоков у 182 пациентов.

У девяти пациентов (в 6 случаях при злокачественной обструкции и в 3 случаях при доброкачественной билиарной патологии) при повторных сеансах эндопротезирования произведена установка нитиноловых стентов: Zilver® Stent (3), Za-Stent (1) (Wilson-Cook®, USA), HANAROSTENT™ – pop-covered (1), SHIM-HANAROSTENT™ – covered (5) (M.I.Tech, Korea). При этом в одном случае (при доброкачественной стриктуре общего печеночного протока) эндопротезирование осуществлено двумя нитиноловыми стентами, установленными один в просвет другого (покрытый установлен в просвет непокрытого).

Установка и раскрытие стентов были удачными у всех девяти пациентов. Раннее осложнение в виде деструктивного панкреатита отмечено у 1 пациентки после установки покрытого стента в просвет непокрытого. Осложнение было связано с наличием анатомической аномалии – перипапиллярного дивертикула и купировано консервативными мероприятиями. Отдаленные результаты прослежены у 5 из 6 пациентов со злокачественной обструкцией билиарного тракта. В настоящий момент жив один пациент (7 месяцев после установки нитинолового стента – без рецидива МЖ). У 4 пациентов летальный исход наступил в сроки 3, 8, 12, 17 месяцев от момента установки нитинолового стента.

Таким образом, транспапиллярное эндопротезирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами является эффективным методом билиарной декомпрессии, обеспечивающим надежное и длительное дренирование желчных протоков, и может быть рекомендовано в качестве окончательного паллиативного лечения при неоперабельных опухолях билиопанкреатодуodenальной области. Появление покрытых стентов с возможностью репозиции и удаления позволяет применять эндопротезирование у пациентов с доброкачественной патологией (стриктуры, псевдотуморозные панкреатиты, свищи и пр.).

### **3. Современный подход к выбору средств дезинфекции для профилактики ВБИ в эндоскопии**

Баженова Елена Владимировна,  
представитель фирмы «Эколаб»  
Австрия, Германия

### **4. Использование приемов доказательной медицины в эндоскопической практике (Клинический пример – патология сфинктера Одди)**

А.А. Будзинский, Е.Ю. Похабова

*Медицинский Центр Банка России, Москва*

Доказательная медицина представляет собой систематический подход к получению, анализу и применению научных фактов при принятии клинических решений, включая в том числе и критическую переоценку сложившихся и устоявшихся мнений. В нашем медицинском центре выбор тактики в сложных клинических случаях осуществляется по принципам доказательной медицины.

Важнейшим этапом при принятии клинического решения по принципам доказательной медицины является правильная формулировка вопроса. Тщательный подход к этапу позволяет получить термины, делающие поиск информации более эффективным. Одним из способов постановки вопроса является формат PICO: (P) – пациент или группа пациентов с интересующей патологией; (I) – вид предполагаемого вмешательства (или диагностического исследования); (C) – альтернатива; (O) – исход (летальность, выздоровление, улучшение состояния и т.п.).

Следующим этапом является поиск информации. К основным сетевым ресурсам относятся следующие:

База данных ТРИП ([www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)) обеспечивает поиск по 75 сайтам. Эта база предоставляет прямой гипертекстовый доступ к крупнейшему собранию научно-обоснованных материалов в сети, а также к статьям из ведущих журналов.

SumSearch (<http://sumsearch.uthscsa.edu>) – это метапоисковая служба, которая ведет поиск в крупных сетевых ресурсах, содержащих различные клинические руководства, а также в Medline. С помощью этой службы, используя высокочувствительные фильтры, возможно создать узконаправленные запросы в зависимости от типа требуемой информации.

Сайт кохрэйновского сотрудничества ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) предоставляет бесплатный доступ к систематическим обзорам. Кохрэйновская библиотека является

одним из ведущих источников доказательных данных по клинической эффективности.

Pubmed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)) представляет собой веб интерфейс для medline.

После сбора информации следующим этапом является ее критический анализ. Для этого используются специальные классификации, позволяющие определить надежность и достоверность результатов научных исследований. После анализа информации полученные данные сопоставляются с показателями конкретного пациента и принимается решение.

Поставленный нами клинический вопрос звучит следующим образом: «Необходимость проведения ЭПСТ у пациентки с доброкачественным стенозом БДС в стадии субкомпенсации».

Больная П. 68 лет обратилась в нашу клинику с жалобами на постоянную тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, а также возникающие от одного до нескольких раз в неделю приступы умеренно выраженных болей в правом подреберье, требующих приема спазмолитиков (дюспаталин), с положительным эффектом. Из анамнеза известно, что желчный пузырь удален в 1986 году. Описанные выше жалобы возникли три года назад, с тех пор без динамики. Тяжелой сопутствующей патологии нет. Диаметр холедоха – 7,2 мм (2007 г.), 10 мм (2010 г.). Новообразования органов панкреатобилиарной зоны не обнаружены. В биохимическом анализе крови без изменений.

Необходимо определить тактику лечения – продолжать симптоматическую терапию или провести ЭПСТ. На первом этапе принятия решения формулируем вопрос: (P) – стеноз БДС (дисфункция сфинктера Одди II типа); (I) – ЭПСТ; (C) - отсутствие вмешательства; (O) – исчезновение болевого синдрома, осложнения эндоскопического вмешательства. Далее в результате поиска с помощью сформулированных нами ключевых слов в указанных выше сетевых ресурсах получаем следующие результаты (все по данным исследований с высоким уровнем достоверности). Вероятность исчезновения болевого синдрома после ЭПСТ (при условии верификации диагноза с помощью манометрии сфинктера Одди) составляет 69%. Риск осложнений ЭПСТ – ЭРПГ (при различных патологических изменениях терминального отдела холедоха, включая стеноз БДС) – 6,85%. При этом основными факторами риска развития осложнений эндоскопического лечения являются стеноз БДС (OR= 1,97), женский пол (OR=2,22). Вероятность развития постманипуляционного панкреатита у пациентов с стенозом БДС выше в 3 раза. Данных по отдаленному прогнозу течения заболевания при отсутствии вмешательства нами не найдено. Таким образом пациентке будет проведена манометрия сфинктера Одди. При выявлении повышенного давления сфинктера Одди пациентке будет предложено проведение ЭПСТ, при этом она будет проинформирована, что вероятность положительного результата эндоскопического лечения 70%, при риске развития осложнений вмешательства более 7 %.



M.I.Tech

# CHOOSTENT™, HANAROSTENT™

## НИТИНОВЫЕ САМОРАСШИРЯЮЩИЕСЯ СТЕНТЫ

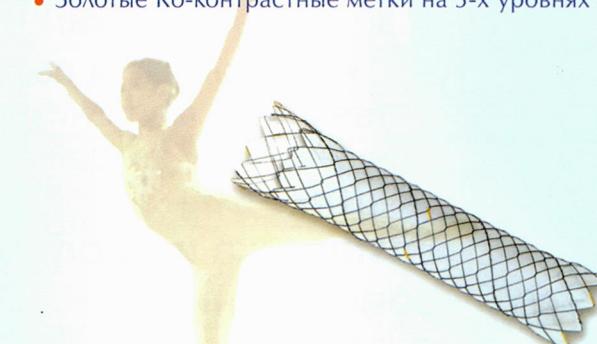
### Гарантия нового качества жизни пациентам с непроходимостью пищеварительного тракта и трахеобронхиального дерева

Временные и постоянные стенты с покрытием, предназначенный для лечения обструкции различной этиологии на всех уровнях пищевода, кишечника, билиарных путей, трахеи и бронхов.

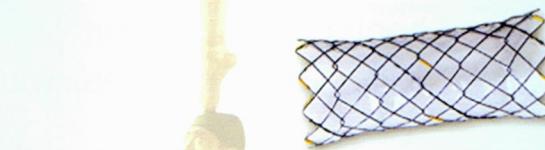
Уникальные характеристики стентов:

- Сегментарное строение с антимиграционным и антиукарачивающим механизмом
- Снабжены устройством для репозиции и удаления
- Антитравматичная и надежная конструкция фиксации стента к окружающим тканям
- Антирефлюксный встроенный клапан
- Золотые Ro-контрастные метки на 3-х уровнях (на концах и в центре)

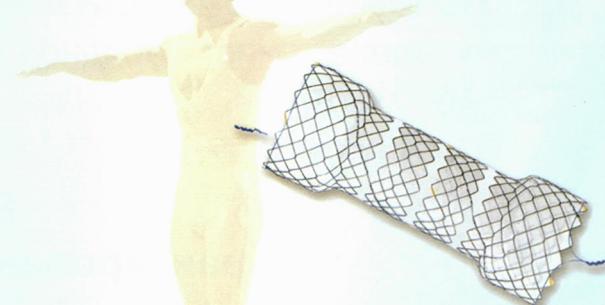
Пилородуodenальные стенты



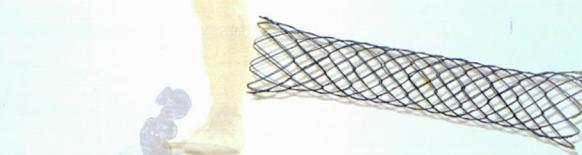
Трахеобронхиальные стенты



Колоректальные стенты



Билиарные стенты



Пищеводные стенты



Всегда на складе в Москве



официальный дистрибутор

ЗАО «ШАГ»

119002, г. Москва, Карманицкий пер., д. 9 «Арбат Бизнес Центр», оф. 501А

т. +7 (495) 956-13-09, ф. +7 (495) 956-13-10; info@cookgroup.ru

# ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА

[www.cookmedical.com](http://www.cookmedical.com)



## Лечение рубцовых стриктур и опухолевых стенозов:

- Проводниковые бужи Savary-Gillard.
- Hercules – трехступенчатый баллонный дилататор.
- Электроножи.
- Временные и постоянные стенты для доброкачественных, малигнизированных стриктур и трахео-пищеводных свищей.

## Остановка и профилактика варикозных кровотечений:

- Quicksilver – биполярный коагулятор и инъекционные иглы.
- Shooter – многозарядный лигатор варикозных вен.
- TriClip – трехбраншевый клипатор.

## Лечение пищевода Баретта:

- Duette – многозарядное устройство для эндоскопической мукозэктомии.

**Высокое качество!**

**Всегда на складе в Москве.**

**Гарантировано обучение специалистов.**

На правах рекламы

ЗАО «ШАГ»

119002, г. Москва, Карманицкий пер., д. 9 «Арбат Бизнес Центр», оф. 501а  
т. +7 (495) 956-13-09, ф. +7 (495) 956-13-10; [info@cookgroup.ru](mailto:info@cookgroup.ru)



официальный дистрибутор