зондом, реканалізація високоенергетичним лазером, фотодинамічна реканалізація низькоенергетичним лазером, інтубація пухлини жорсткими сітками протезами та, нарешті, встановлення дротяних стентів, що саморозширюються.

Мета роботи: доказ переваги встановлення стравохідного стенту у хворих на ускладнений рак стравоходу.

Матеріали та методи

В клініці хірургії і проктології ЗМАПО за період 2007-2009 рр. було виконано стентування 8 пацієнтів у віці від 68 до 79 років зі злоякісними новоутвореннями стравоходу і кардії, ускладненими стенозом. Чоловіків було двоє, жінок — 6. Показаннями до стентування стравоходу і кардіоезофагеальної ділянки були:

- звуження просвіту стравоходу і кардіоезофагеальної ділянки діаметром менше 0,7 см, зумовлене стенозуючим раком у неоперабельних пацієнтів;
- злоякісні пухлини і метастатичне ураження органів середостіння з вторинним ураженням чи здавленням стравоходу зовні;
- рецидиви раку шлунка з розвитком злоякісної стриктури в ділянці стравохідно-кишкового анастомозу в зв'язку з пухлиною, зростання якої триває;
- загроза розпаду пухлини під час проведення спеціального лікування;
- значна кахексія або супутня патологія, яка виключає проведення спеціального лікування.

Перед імплантацією стенту в більшості випадків ми проводили реканалізацію зони перешкоди до діаметру провідника, що доставляє пристрій стенту. Для цього застосовували ендоскопічні методи реканалізації просвіту стравоходу: балонна дилатація, бужування стравохідними бужами, діатермокоагуляція голчастим електродом.

Показаннями до проведення реканалізації були: стенозуючий рак кардіоезофагеальної ділянки зі стриктурою просвіту стравоходу менше 0,7 см в діаметрі, а також стриктури звустнень стравоходу після радикального оперативного лікування раку стравоходу і кардіоезофагеальної ділянки. Перед проведенням стентування ретельно збирався анамнез, проводилась рентгенографія стравоходу і шлунка з барієм, рентгенографія органів грудної клітки. Виконувалась езофагогастродуоденоскопія з морфологічною верифікацією процесу, УЗД і КТ органів черевної порожнини.

Використовувались стравохідні стенти розробки медичного центру "Ендомед" (Україна), які виготовляються з зигзагоподібної пружини з біологічно інертних марок сталі і можуть мати плівкове покриття з політетрафторетилену. Довжина стентів складала 120-160 мм, діаметр — 20 мм. У стиснутому вигляді стент вміщували у пристрій для його доставки. Пристрій являє собою тефлоновий катетер із зовнішнім діаметром 6 мм та довжиною не менше 500 мм, має також виштовхувач стенту — поліуретановий стрижень діаметром 4 мм, довжиною трохи більшою, ніж довжина зонду. Під візуальним контролем езофагогастроскопу заводили пристрій, що доставляє стент, після чого оболонку пристрою стягували. Стент розправлявся, виконувався візуальний огляд ділянки імплантації і ступеня розкриття стенту. Повне розкриття відбувалось протягом 72 годин. Обов'язковою умовою був рентгенологічний контроль після імплантації.

Клінічне спостереження

Хвора Д., 65 років, надійшла в хірургічне відділення 28/12-2009 з діагнозом захворювання стравоходу. Скарги на утруднення проходження їжі та рідини по стравоходу, виникаючі при цьому болі за грудиною, відрижку повітрям, зниження ваги, відразу до їжі. Хворіє близько двох тижнів, коли з'явився біль за грудиною при вживанні їжі, утруднені її прохідності. Через тиждень больовий синдром став наростати, що призвело до відмови хворої від їжі.

ЕГДС (29/12-2009): захворювання кардіального відділу стравоходу і субкардіального відділу шлунка. Рентгеноскопія ШКТ (30/12-2009): захворювання склепіння і верхньої третини тіла шлунка? Рентгеноскопія органів грудної клітки (30/12-2009): легені та серце в межах вікових змін. УЗД ГПБС (30/12-2009) — ехоознаки хронічного безкам'яного холециститу, деформація жовчного міхура. Вогнищне утворення печінки (гемангіома? Mts?). Помірне дифузне ущільнення pancreas. Ендокринолог (04/01-2010): цукровий діабет, тип II, легкий перебіг, стадія декомпенсації.

Операція (6/01-2010) — діагностична лапаротомія, дренування черевної порожнини. Пухлина кардіального відділу шлунка, розмірами 3×5 см, кам'янистої щільності, проростала в ліву нирку, діафрагму і нижню третину стравоходу, стенозуючи останній. Враховуючи соматичний статус, наявність декомпенсованої форми цукрового діабету випадок визнано іноперабельним.

Діагноз після операції: захворювання кардіального відділу шлунка $T_4N_1M_1$, ст. IV. Цукровий діабет, II тип, стадія декомпенсації.

Гістологічне заключення: недиференційований рак з некрозом.

На другу добу після стентування хвора почала приймати їжу через рот. Ускладнень не було. Найближчі функціональні результати стентування задовільні. ЕГДС (13/01-2010): стентування нижньої третини стравоходу і верхньої третини шлунка. Стент встановлено довжиною до 10 см на відстані від 38 см до 48 см від різців. 19/01-2010 виписана в задовільному стані для подальшого спостереження у хірурга, ендокринолога за місцем проживання.

Результати

Методика стентування мала очевидну перевагу у порівнянні з неоперативними паліативними методами — гарантоване усунення дисфагії. Навіть при повній рентгенологічній регресії внаслідок проведення радіохіміотерапії середній час до прогресування складає 4-7 місяців. В порівнянні із застосуванням симптоматичної операції гастростомії стентування має безперечні переваги і хворі можуть приймати їжу природнім шляхом. Встановлення стенту є малоінвазивною методикою, яку можна проводити хворим у важкому стані, гарантує безпечне проведення подальшого лікування без ризику розвитку стравохідної нориці.

Всі хворі, яким було встановлено стенти, мали змогу приймати будь-яку їжу природнім шляхом вже на другу добу після стентування. Можливих ускладнень після встановлення стентів не спостерігали. Найближчі функціональні результати стентування в усіх восьми пацієнтів можна розцінювати як задовільні.

Висновки

Встановлення стентів хворим на місцево поширений та ускладнений рак стравоходу є ефективним методом лікування, який дозволяє гарантовано відновити прохідність стравоходу та запобігти розвитку летальних ускладнень. Показаннями до стентування є: стенозуючий рак стравоходу і кардіоезофагальної зони у неоперабельних пацієнтів, рецидиви раку шлунка після гастроектомії з розвитком злоякісної стриктури в зоні стравохідно-шлункового анастомозу, значна кахексія, або супутня патологія, яка виключає проведення спеціального лікування. Проведення стентування відноситься до методики малоінвазивного лікування і може бути рекомендовано хворим у важкому стані. Встановлення стравохідного стенту дозволяє хворому приймати їжу природнім шляхом, що є перевагою у порівнянні з методикою гастростомії.

Література

1. Кіркілевський С.І., Кондрацький Ю.М., Хайдар Х. та співав. (2002) Використання дротового стенту, що розширюється, для лікування стравохідно-трахеального свища, який був викликаний розпадом рецидиву раку стравоходу. Клінічна хірургія. 10: 59-61
2. Ганул В.Л., Киркилевский С.И. (2003) Рак пищевода: руководство для онкологов и хирургов. (Киев). "Книга плюс". 200 с.
3. Киркилевский С.И., Лукашенко А.В., Кондрацкий Ю.Н., Пасечный С.В. (2005) Использование саморасширяющихся проволочных пищеводных стентов у больных с осложненными заболеваниями пищевода. Тези доп. наук.-практ. конф. "Проблеми сучасної торакальної хірургії". (Сімеїз — Кривий Ріг). с. 93-97
4. Бобров О.Е., Киркилевский С.И., Бучнев В.И. с соавт. (2005) Лечение несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза. Таврический медико-биологический вест ник. 1: 11-13
5. Мамонтов А.С., Соколов В.В., Верещагин В.Г. (2003) Лечебная тактика при нерезектабельном раке пищевода с дисфагией II-IV степени: обходное шунтирование, гастростомия или эндопротезирование? Паллиат. мед. и реабилит. 2: 88-89
6. Бобров О.Е., Киркилевский С.И., Бечнев В.И. с соавт. (2005) Принципы лечения несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 5; 1 (9): 18-20

АОРТОЕЗОФАГЕАЛЬНА ФІСТУЛА ЯК РІДКІСНА ПРИЧИНА ЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ

Мокрик В.Ю., Мокрик Ю.М., Богославець Б.І., Нечипорук Т.П., Ковтунець А.Т.

Рівненська обласна клінічна лікарня, Україна

Summary

An aortoesophageal fistula is a rare cause of upper gastrointestinal bleeding whose outcome is usually fatal. The diagnosis is invariably made post-mortem with only anecdotal reports of successful salvage available in the literature. Most cases are due to aortic disease. In a rare case cause of aortoesophageal fistula is oesophageal malignancy (Up to 0.2% in the general structure of nonvariceal oesophageal hemorrhage). On todays in the literature about 85 cases of the given pathology are described. We report a case of aortoesophageal fistula due to esophageal carcinoma what has ended with a fatal bleeding, which we have met in our practice.

Key words: aortoesophageal fistula, oesophageal malignancy, oesophageal bleeding, "herald" hemorrhage.

Вступ

Шлунково-кишкові кровотечі завжди були однією з самих серйозних проблем медицини. Найбільш часто вони виникають при гастро-дуоденальних виразках, ерозіях, гастритах, езофагітах, синдромі Меллорі-Вейсса, варикозно розширених венах стравоходу, виразках Баррета, новоутворах стравоходу та шлунку. Частота госпіталізії при даній патології складає від 36 до 102 на 100 тисяч дорослого населення [3,6]. В усіх вікових групах захворюваність вище серед чоловіків, ніж серед жінок. Рівень смертності знаходиться в межах 8-14%. Летальність при рецидиві кровотечі залишається високою і не має тенденції до зниження: її рівень становить 30-40% [7].

В Україні щоденно в середньому 100 чоловік із шлунково-кишковими кровотечами потребують невідкладної терапії, а близько 4 помирають від різноманітних ускладнень ШКК [5]. За останні 5 років в Україні кількість кровотеч в просвіт травного тракту збільшилась на 14%. Не дивлячись на велику кількість публікацій, багато питань діагностики, хірургічної тактики та вибору методу лікування у цієї категорії пацієнтів, як і раніше, залишаються спірними і до кінця не вирішені [2].

В загальній структурі шлунково-кишкових кровотеч виділяють основні причини її виникнення: виразкова хвороба — 53,7%; ерозивний гастродуоденіт — 14,4%; пухлини — 10,5%; цироз печінки — 6,1%; синдром Меллорі-Вейса — 7,3%; діафрагмальна грижа — 1,1% [5]. За винятком кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу обумовлених портальною гіпертензією, кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту лише в 17% обумовлені патологією стравоходу. Вони в 65% обумовлені рефлюкс-езофаітом, в 30% — синдромом Меллорі-Вейсса. Частота злоякісних пухлин у цих пацієнтів складає менше 2%, частота злоякісної аортоезофагеальної фістули (АЕФ) — єдиного стану що супроводжується масивною, як правило, фатальною кровотечею, менш ніж 0,2% [13].

На першому місці серед етіологічних факторів у виникненні АЕФ в 54,2% є розрив розшаровуючої аневризми грудного відділу аорти. Наступними по частоті є сторонні тіла стравоходу — 19,2% та рак стравоходу — 17%. В ряді випадків (9%) АЕФ викликають туберкульоз, перфорація виразки Баррета, тривала назогастральна інтубація, зовнішня травма, ятрогенне пошкодження при операціях на аорті та стравоході [14]. Так, у роботі Hollander and Quik (найбільш широкому огляді описаних в літературі епізодів АЕФ, що включив 500 випадків), майже в 50% відсотках причиною виникнення цього ускладнення була розшаровуюча аневризма аорти, і лише в 85 випадків причиною виникнення АЕФ був рак стравоходу, що вказує на виключну рідкість цієї патології.

Вперше АЕФ була описана Dubrueil в 1818 році. В 1919 році Chiari була описана класична тріада симптомів при АЕФ — ретростернальний біль, дисфагія та сигнальна кровотеча, яка й була названа його іменем. АЕФ рідко діагностується до розвитку масивної, часто фатальної кровотечі. Симптоми тріади Chiari спостерігаються в 45-80% [11,14]. Сигнальна кровотеча, як правило, виникає в період 24-72 години.

З інструментальних методів для діагностики АЕФ застосовують езофагоскопію, аортографію, комп'ютерну томографію. Ендоскопічними критеріями АЕФ є:

- пульсуюча маса в підслизовому шарі з (або без) фіксованим згортком;
- слизова оболонка синювато-сірого кольору (синюшня) за рахунок підслизової гематоми;
- наявність стороннього тіла, виразки чи езофагіту;
- візуалізується отвір фістули (рідко) [15].

Цінність езофагоскопії не підлягає сумніву, хоча деякі автори наголошують, що застосування цього методу може спровокувати передчасний розвиток масивної кровотечі [9,10,12]. Також високоінформативним методом діагностики АЕФ є комп'ютерна томографія, що візуалізує псевдоаневризму між стравоходом та аортою.

З понад 6 000 випадків гострих шлунково-кишкових кровотеч, які ми спостерігали в Рівненській обласній клінічній лікарні, з такою патологією ми зустрілися вперше.

Клінічне спостереження

Пацієнт З., 1937 р.н., був доставлений в приймальне відділення лікарні 09/08-2009 з діагнозом "шлунково-кишкова кровотеча". При поступленні скаржився на болі в грудній клітині, затруднення при ковтанні. Крім цього пацієнт вказав, що 6 годин назад, під час регургітації харчових мас, помітив згорток крові. З анамнезу відомо, що вказані скарги турбують на протязі останніх двох тижнів. Загальний стан пацієнта задовільний. Шкірні покриви та видимі слизові блідо-рожевого кольору. Серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені, чисті. Пульс 98 уд/хв., АТ 100/60 мм рт. ст. В легенях везикулярне дихання. Загальний аналіз крові: Hb 100 г/л, Er 3,2 Т/л, Le 20,1 Г/л, паличкоядерні 15%, сегментоядерні 59%, еозонофіли 2%, лімфоцити 18%, моноцити 6%. Пацієнту проведено рентгенографію органів грудної клітини, сонографічне дослідження органів черевної порожнини — суттєвих змін не виявлено. Хворий оглянутий хірургом центру шлунково-кишкових кровотеч та торакальним хірургом. З метою уточнення діагнозу, пацієнту була призначена езофагогастроскопія. Після анестезії ротоглотки 2% розчином лідокаїну, апарат під контролем зору вільно введений в стравохід, де у в/3 відмічено стенозування просвіту за рахунок циркулярного розростання слизової. Детально оглянути місце звуження не вдалося, так як розпочалось масивне поступлення яскраво червоної крові в просвіт стравоходу, з виділенням її через рот. Ендоскопічно верифікувати джерело кровотечі не вдалося. Стан пацієнта миттєво погіршився, хворий втратив свідомість. Дослідження було припинено, негайно розпочато реанімаційні заходи, які були продовжені реанімаційною бригадою та були не ефективні. Через 40 хв. констатована смерть.

При аутопсії в просвіті стравоходу виявлено згорток крові, що виповнює його. Стравохід звужений на межі верхньої та середньої третини за рахунок циркулярної пухлини з проростанням в середостіння та прилеглу стінку аорти з вогнищевим некрозом та проривом стінки аорти в просвіт стравоходу. Метастази вздовж стравоходу дистальніше. Звертає на себе увагу той факт, що у просвіті аорти кров практично відсутня. Шлунок значно збільшений в об'ємі, в просвіті до 2 літрів крові. В окремих петлях тонкого кишківника дьогтьоподібні маси. В печінці по передньому краю правої долі субкапсулярний метастаз до 2 см в діаметрі.

Отже, у хворого мав місце плоскоклітинний рак середньої третини стравоходу з проростанням в середостіння та стінку аорти, некрозом пухлини з утворенням аорто-езофагеальної фістули ускладненої масивною кровотечею.

Висновки

Аналізуючи даний клінічний випадок можна зробити наступні висновки, що однією із рідких причин гострої ШКК може бути АЕФ як ускладнення раку стравоходу. У більшості випадків такі кровотечі є фатальними. Прижиттєва діагностика можлива лише за умови уважного вивчення анамнезу і детального обстеження. Під час підготовки до проведення ургентної ендоскопії пацієнтам з приводу ШКК, з невстановленим джерелом кровотечі, лікар має бути готовий до проведення комплексних методів гемостазу і проведення реанімаційних заходів. Наявність у пацієнта одного або декількох симптомів тріади Chiari має насторожити лікаря щодо можливості АЕФ. У пацієнтів з підозрою на АЕФ покази до проведення езофагогастроскопії мають бути виваженими, оскільки це може спровокувати фатальну кровотечу.

Література

1. Кобиашвили М.Г., Кузьмин-Крутецкий М.И. Кровотечения из сосудистых образований и аномалий верхних отделов ЖКТ и толстой кишки. www.endoscopy.ru
2. Кондратенко П.Г., Соколов М.В., Смирнов Н.Л. (2007) Организационные вопросы оказания специализированной помощи больным с острыми кровотечениями в просвет пищеварительного канала. Укр. ж. малоінвазивної та ендоск. хір. Vol. 11; 1: 24-25
3. Маев И.В., Самсоном А.А., Бусарова Г.А., Агапова Н.Р. (2003) Острые желудочно-кишечные кровотечения (клиника, диагностика, терапия). Лечащий врач. 5
4. Тарасов В.А., Побегалов Е.С., Ставровиецкий В.В., Виноградова М.В., Литвинов А.Ю. (2006) Лечение злокачественных опухолей легких и желудочно-кишечного тракта, осложнённых кровотечениями. Практическая онкология. 7; 2: 94-100
5. Фомін П.Д., Білий В.Я. (2007) Актуальні аспекти діагностики та лікування шлунково-кишкових кровотеч. Здоровье Украины. 8: 41
6. Фомин П.Д., Шепетько Е.Н., Заплавский А.В. (1997) Диагностическая и лечебная фиброгастродуоденоскопия при острых желудочно-кишечных кровотечениях. Тез. докл. республіканської науково-практичної конференції "Актуальні проблеми невідкладної хірургії черевної порожнини та урогенітального тракту". (Киев). с. 32-33
7. Чернеховская Н.Е. (2004) Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Журнал "Доктор.Ру". 2
8. Шептулин А.А. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. www.rmj.ru
9. Baron R.L., Koehler R.E., Gutierrez F.R. et al. (1981) Clinical and radiographic manifestations of aortoesophageal fistulas. Radiology. 141: 599-605
10. Benson M.J., Rouse D., van Someren N. et al. (1991) Fatal hemorrhage from an aorto-esophageal fistula precipitated by flexible endoscopy. Gastrointest. Endosc. 37: 193-196
11. Carter R., Mulder G.A., Snyder E.N. et al. (1978) Aortoesophageal fistula. Am. J. Surg. 136: 26-30
12. Ctercteko G., Mok C.K. (1980) Aorta-esophageal fistula induced by a foreign body: the first recorded survival. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 80: 233-235
13. de Manzoni G., Catalano F., Festini M. et al. (2002) Esophageal non-variceal hemorrhage: a clinical and epidemiological study. G. Chir. Vol. 23; 5: 199-204
14. Hollander J.E., Quick G. (1991) Aortoesophageal fistula: a comprehensive review of the literature. Am. J. Med. 91: 279-287
15. Xia Min, Guo Ji-zhong, Zhan Qiang, Yan Jie (2007) Chinese Medical Journal. 120 (23): 2149-2150

ПОДГОТОВКА КИШЕЧНИКА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ СКРИНИНГЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Музыка С.В., Винницкая А.Б.

Клинника "ЛИСОД", Киев, Украина

Summary

The aim of our study was to assess the complications and detection rate of colorectal lesions by comparing chromocolonoscopy with two different types of colon preparation. Polyethylene glycol (40) and sodium phosphate (51) were used in 91 asymptomatic patients. Both groups were similar with regard to age, sex and ASA score. Mann-Whitney U Tests were used to determine differences between polyethylene glycol group and sodium phosphate group. Differences in the adenoma rate detection were statistically insignificant in both groups. There was not anything complications.

Key words: Polyethylene glycol, sodium phosphate, colon preparation, colorectal cancer screening.

Введение

Программированное обследование бессимптомных мужчин и женщин, у которых имеется высокая вероятность наличия аденоматозных полипов или рака (скрининг), достоверно снижает смертность от колоректального рака (КРР). Согласно результатам исследований, построенных по принципам доказательной медицины, на сегодняшний день колоноскопия (КС) является наиболее эффективным скрининговым методом для КРР, который позволяет не только диагностировать ранний рак, но и удалить аденоматозный полип. Известно, что эндоскопическая полипэктомия во время скрининговой КС уменьшает риск развития КРР на 50-67%, а смертность — на 65% [3,6,11,24,29]. Успех эндоскопического скрининга напрямую зависит от качества подготовки толстой и прямой кишки к исследованию.

Целью настоящего *исследования* является сравнительная оценка результатов эндоскопического скрининга КРР и колоректальных аденом при подготовке раствором полиэтиленгликоля и раствором фосфатов натрия.

Материалы и методы

Для проведения эндоскопического скрининга приглашали бессимптомных лиц в возрасте 50-75 лет, независимо от половой принадлежности. Пациентам, которые имеют отягощенный семейный анамнез по КРР, предлагали пройти скрининг с 40 лет. Не относили к скринингу обследование пациентов с анемией, необъяснимой потерей веса, воспалительными заболеваниями кишечника, с уже установленным диагнозом КРР и/или колоректальных аденом.

Проанализировали результаты 290 скрининговых КС. Из исследования были исключены все случаи неадекватной подготовки кишки (6 пациентов). Тотальная КС выполнена у 99,3% пациентов, т.е. введение колоноскопа в слепую (52,8%) или подвздошную кишку (46,5%). В двух случаях (женщины после перенесенных гинекологических операций) не удалось выполнить тотальную КС, поэтому их исключили из исследования. Во всех случаях пациенты получали пероральную подготовку кишечника. Сравнительное исследование проводили на материале 91 КС, при проведении которых качество подготовки кишечника оценивали в баллах. В первой группе (40) пациенты готовились раствором полиэтиленгликоля (ПЭГ) 4 литра раствора в течение четырех часов, во второй (51) — раствором фосфата натрия (ФН) — 2 флакона с интервалом в 12 часов. Качество подготовки оценивали по Бостонской шкале [14], согласно которой соответствующий балл выставляется по каждому из трех отделов толстой кишки (таблица 1 и таблица 2), таким образом, общая сумма баллов может быть от 0 до 9.

Все КС выполнены непосредственно после проведения электрокардиографии, общего анализа крови и коагулограммы, что обусловлено проведением глубокой седации, а также тем, что полипы размером менее 10 мм были удалены немедленно после их обнаружения. После осмотра пациента, оценки по шкале ASA [12], получения информированного согласия, седация проводилась анестезиологической бригадой с препаратом пропофол. Исследования выполнены видеоколоноскопом с обязательной видеозаписью и архивированием. Извлечение колоноскопа с осмотром слизистой оболочки кишки занимало не менее 8 минут. Во время извлечения колоноскопа, начиная со слепой кишки, всем пациентам проводили хромоэндоскопию — окрашивание всех отделов толстой кишки 0,2% раствором индигокармина. Индигокармин облегчал визуализацию рельефа слизистой оболочки, заполняя межэпителиальные пространства. Согласно действующим рекомендациям, все выявленные полипы толстой и прямой кишки должны быть удалены с обязательным патоморфологическим исследованием [1]. В случае полипов размером до 10 мм проводили полипэктомию во время первого визита с обязательным патоморфологическим исследованием. Полипы размером более 10 мм удаляли только в условиях хирургического стационара. При необходимости прибегали к методам профилактики постполипэктомических осложнений: эндоскопическому лигированию ножки или клипированию основания полипа. Материал направляли для детального патоморфологического анализа в лабораторию *PathoLab* (Израиль). Морфологические изменения классифицировали согласно Венской классификации с определением вовлеченности краев при удалении новообразования, при необходимости проводилось иммуногистохимическое исследование.

Для оценки результатов скрининга использовали специально созданную базу данных, в которой, начиная с 2007 года, регистрируются паспортные, анамнестические данные, результаты скрининга, включая патоморфологическое исследование, что позволяет проводить статистический анализ и наблюдение за пациентами. Для определения достоверности полученных результатов использовании статистический тест *Mann-Whitney* (U-тест). Разницу считали статистически достоверной при значении P менее 0,05.

Результаты

Обе группы пациентов были равнозначны по полу, возрасту и шкале оценки анестезиологического риска (*ASA*). Результаты сравнения приведены в таблице 3.

Оценку качества подготовки кишки выше семи баллов по Бостонской шкале имели 90% пациентов. Была отмечена достоверная разница в качестве подготовки между раствором ПЭГ и раствором ФН. Результаты сравнения приведены в таблице 4. Все 6 пациентов, которые не следовали рекомендациям по подготовке и были исключены из исследования, готовились раствором ПЭГ. Отступление от инструкции (сокращение объема выпитого раствора) было обусловлено ухудшением самочувствия, появлением тошноты или рвоты. У тех, кто готовился раствором ФН, не наблюдали ни одного случая нарушения инструкции, т.е. неполной подготовки.

В обеих группах не было не одного случая, когда после получения результатов ЭКГ, общего анализа крови, коагулограммы были выявлены противопоказания для проведения седации и/или КС. Не наблюдали осложнений седации, требующих искусственной вентиляции легких или медикаментозного лечения.

Всего в обеих группах выявлено 106 полипов размерами от 1 до 20 мм. Аденом — 68, среди них: размером до 10 мм — 57 (83%). Среди всех аденом 58% локализовались проксимальнее селезеночного изгиба. Суммарно в обеих группах 31,9% пациентов имели колоректальные аденомы. Сравнительные результаты скрининга при проведении стандартного осмотра и хромоэндоскопии представлены в таблице 5.

Таким образом, не было статистически достоверной разницы между двумя группами по числу выявленных пациентов с полипами и аденомами, а также в соотношении числа аденом к числу пациентов.

Обсуждение

Цель скрининга — уменьшение заболеваемости и смертности за счет выявления КРР на ранней стадии и удаления аденоматозных полипов, которые являются предшественниками КРР [28]. Среди всех методов скрининга КРР наибольшей эффективностью обладает КС [22]. Проведенные исследования показывают значительное сокращение бюджетных