

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2024-1-113-116>

Рефераты иностранных публикаций

Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.

Abstracts of foreign publications

*Akhaladze G.G., Akhaladze D.G.**Gastrointest. Endosc. 2021; 94 (4): 774–775.*<https://doi.org/10.1016/j.gie.2021.05.030>

Endoscopic ampullectomy: can expert input shape endoscopic practice?

Эндоскопическая ампулэктомия: может ли экспертное мнение повлиять на эндоскопическую практику?

Barakat M.T., Adler D.G.

У специалистов отсутствует единое суждение о предпочтительном варианте эндоскопического лечения при папиллярных аденомах. Цель исследования — оценить существующий уровень единства мнений экспертов и возможность добиться максимального согласия использованием дельфийского метода анализа данных. Анализировали сведения, полученные при онлайн-опросе с августа по сентябрь 2019 г. от 52 экспертов мирового уровня. Всего проведено 3 раунда исследования. Консенсус считали достигнутым при единстве мнений более чем в 70% положений. 16 (31%) экспертов полностью завершили процесс достижения единого мнения по 47 (59%) из предложенных 79 положений. Установлено, что для полноценной диагностики заболевания необходимо выполнить, по меньшей мере, дуоденоскопию (100%) и биопсию (94%). Также важна инструментальная абдоминальная диагностика (75–81%). Пациентам с папиллярной злокачественной опухолью или с ее внутрипротоковым распространением протяженностью 1 см показано оперативное вмешательство (76%). Для профилактики панкреатита следует назначать нестероидные противовоспалительные препараты *per rectum* (82%) и при необходимости стентировать проток поджелудочной железы (100%). Билиарное стентирование целесообразно при продолжающемся кровотечении из области сосочка (76%) или подозрении на (микро-) перфорацию после резекции (88%). Отдаленные результаты следует изучать с 3-го по 6-й месяц после папиллэктомии и повторять каждые 6–12 мес хотя бы на протяжении 5 лет (75%). Анализу подвергнут первый этап разрабатываемого алгоритма эндоскопического лечения при

папиллярных аденомах. К удивлению авторов, по многим вопросам консенсус не был достигнут. Дискуссионные вопросы требуют дальнейших исследований.

Front. Med. (Lausanne). 2021; 8: 675720.<https://doi.org/10.3389/fmed.2021.675720>

Endoscopic endoluminal radiofrequency ablation and single-operator peroral cholangioscopy system (SpyGlass) in the diagnosis and treatment of intraductal papillary neoplasm of the bile duct: a case report and literature review

Эндоскопическая внутрипросветная радиочастотная абляция и цифровая пероральная холангиоскопия (SpyGlass) при папиллярном новообразовании желчного протока: описание клинического наблюдения и обзор литературы

Tang W., Qiu J.G., Wei X.F. et al.

Внутрипротоковое папиллярное билиарное новообразование (ВПБН) является редкой доброкачественной опухолью желчных протоков и отличается нетипичной клинической картиной, что может стать причиной диагностической ошибки. Считают, что лишь хирургическая операция приводит к излечению. Цель — улучшить раннюю диагностику ВПБН и возможности хирургического лечения применением инновационной комбинации цифровой пероральной холангиоскопии (SpyGlass) с эндоскопической внутрипросветной радиочастотной абляцией (ЭВРЧА). Госпитализирована 85-летняя женщина с жалобами на боль в правом подреберье. При диагностике выявили дефект наполнения в проксимальном отделе общего желчного протока. При холангиоскопии с применением технологии SpyGlass выявлено множество красных ворсинчатых образований, исходящих из левого печеночного протока. Биопсия под контролем зрения с помощью SpyBite — папиллярная дисплазия низкой степени. Учитывая преклонный возраст и предпочтения пациентки, проведена ЭВРЧА. Процедура прошла успешно, без ослож-

нений. Больная выписана через 2 сут на фоне гладкого послеоперационного течения. При динамическом наблюдении в течение 8 мес состояние остается удовлетворительным, жалоб нет. Клиническое наблюдение демонстрирует целесообразность, безопасность и возможность комбинированного применения методов SpyGlass и ЭВРЧА при лечении пациентов с ВПБН. Однако необходимо анализировать большее число наблюдений с дальнейшим изучением результатов.

Diagnostics (Basel). 2023; 13 (3): 536.

<https://doi.org/10.3390/diagnostics13030536>

Review on endoscopic ultrasound-guided radiofrequency ablation (EUS-RFA) of pancreatic lesions

Применение эндоскопической радиочастотной абляции под контролем УЗИ при заболеваниях поджелудочной железы. Обзор

Karaisz F.G., Elkelany O.O., Davies B. et al.

Известные последствия вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ) ограничивают возможности применения этого радикального вмешательства у пациентов высокого риска с новообразованиями ПЖ. Эндоскопическая радиочастотная абляция под контролем УЗИ (эндо-УЗИ-РЧА) представляет собой минимально инвазивный и потенциально окончательный метод лечения при нейроэндокринных опухолях и предраковых кистозных поражениях ПЖ. Кроме того, эндо-УЗИ-РЧА может стать методом выбора при паллиативной помощи пациентам с нерезектабельной аденокарциномой ПЖ. Эффективность РЧА, по-видимому, дополнительно увеличивается за счет системных иммуномодулирующих эффектов. Анализировали текущие исследования, посвященные возрастающей роли эндо-УЗИ-РЧА при заболеваниях ПЖ.

J. Hepatobiliary Pancreat. Sci. 2022; 29 (11): e112–e115.

<https://doi.org/10.1002/jhbp.1108>

Intraductal radiofrequency ablation therapy for eradication of intraductal residual lesions after endoscopic papillectomy for ampullary adenoma

Радиочастотная абляция при резидуальных внутрипротоковых образованиях после эндоскопической папиллэктомии по поводу ампулярной аденомы

Yamamoto K., Itoi T., Tsuchiya T. et al.

Эндоскопическая папиллэктомия (ЭП) является эффективным эндоскопическим методом лечения при ампулярных опухолях. Однако

устранение резидуального внутрипротокового поражения после ЭП, предпринятой по поводу ампулярной аденомы (АА), является сложной задачей. Несколько зарегистрированных наблюдений свидетельствуют о клинической эффективности и безопасности внутрипротоковой радиочастотной абляции (РЧА) в устранении поражений после ЭП. Мужчина 83 лет поступил на лечение по поводу АА. Эндоскопически диагностирована АА с внутрипротоковой инфильтрацией желчевыводящих протоков. После отказа от радикальной операции больному было предложено эндоскопическое лечение. АА без признаков злокачественного роста иссекли с помощью петли. Эндоскопически и гистологически подтвердили резидуальную ткань АА на стенке двенадцатиперстной кишки. Предприняли завершающий этап вмешательства — эндоскопическую резекцию и аргон-плазменную коагуляцию. Через 2 мес при холангиографии, внутрипротоковом и эндоскопическом УЗИ обнаружена резидуальная внутрипротоковая АА в общем желчном протоке (ОЖП). Выполнена внутрипротоковая РЧА: под контролем рентгенографии к зоне интереса в ОЖП был введен катетер RFA (Habib EndoHPB, UK Medical), мощность воздействия генератором VIO3 (Erbe Elektromedizin) составила 30 Вт в течение 30 с. Установлен стент в проток поджелудочной железы. Для предотвращения перфорации и формирования билиарной стриктуры установлен покрытый билиарный стент. Через 3 мес после абляции при холангиографии и внутрипротоковом УЗИ резидуального поражения не обнаружено. При повторной эндоскопической биопсии не выявлено остаточной ткани АА. Таким образом, внутрипротоковая РЧА привела к успешному излечению при резидуальной АА после ЭП без побочных эффектов. РЧА является безопасным и эффективным методом устранения внутрипротоковых резидуальных новообразований после ЭП.

BMC Gastroenterol. 2023; 23 (1): 414.

<https://doi.org/10.1186/s12876-023-03042-5>

The use of fully covered self-expandable metal stents in the endoscopic treatment of portal cavernoma cholangiopathy

Применение покрытых саморасширяющихся металлических стентов при эндоскопическом лечении по поводу портальной кавернозной холангиопатии

Buyruk A.M., Erdoğan Ç., Tekin F. et al.

Существуют различные подходы к лечению при стриктурах желчных протоков и уменьшению выраженности портальной гипертензии у пациентов с симптоматической портальной

холангиопатией. Эндоскопическое лечение включает эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), дилатацию стриктуры баллоном, установку пластикового стента и литэкстракцию. Полностью покрытый саморасширяющийся металлический стент устанавливают в исключительных случаях при развитии гемобилии после ЭПСТ, после бужирования стриктуры и удаления пластикового стента, но не собственно для лечения стриктуры. В ретроспективном наблюдательном исследовании анализировали клинические результаты применения полностью покрытого саморасширяющегося металлического стента в качестве метода первичного лечения при стриктурах желчных протоков, связанных с портальной холангиопатией. Рассмотрены результаты лечения 12 пациентов с портальной холангиопатией, подвергнутых вмешательствам в 2009–2019 гг. Для диагностики применяли МР-холангиопанкреатикографию и прямую холангиографию. Локализацию поражения желчевыводящих путей проводили в соответствии с классификацией Chandra–Sarin, а для группировки поражений желчевыводящих путей, связанных с портальной холангиопатией, использовали классификацию Llor. Всем больным выполнена эндоскопическая частичная сфинктеротомия. Пациентам с доминирующими стриктурами сначала выполняли баллонную дилатацию (диаметр баллона 6–8 мм), что обеспечивало последующее эффективное удаление конкрементов при их наличии. Затем устанавливали покрытый саморасширяющийся металлический стент, который извлекали через 6–12 нед. Средний возраст больных составил $40,9 \pm 10,3$ года, 91,6% пациентов были мужского пола. У большинства больных ($n = 9$) не выявлено признаков цирроза печени. По результатам эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии, поражение протоков в 11 наблюдениях было типа Chandra I, а в 1 – типа Chandra IIIa. Во всех наблюдениях выявлена холангиопатия Llor 3 и стриктуры желчевыводящих протоков. Процедура установки стента оказалась успешной у всех пациентов. Стенты извлекали в среднем через 45 дней (30–60). У 7 (58,3%) больных развился острый холецистит. Кровотечений или других осложнений, связанных с заменой или удалением стентов, не наблюдали. У всех пациентов в течение 3 лет (1–10) отсутствовали признаки рецидива стриктуры. Установка покрытого саморасширяющегося металлического стента является эффективным методом лечения при

стриктурах желчных протоков на фоне портальной холангиопатии. Стентирование нередко осложняется острым холециститом, который эффективно поддается медикаментозному лечению. Пациентов следует наблюдать для своевременной диагностики рецидива стриктуры.

Gastroenterol. Hepatol. (N.Y.).
2011; 7 (2): 124–129.

Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration of a portal vein thrombus to aid in the diagnosis and staging of hepatocellular carcinoma

Тонкоигольная аспирация тромба воротной вены под контролем эндо-УЗИ в диагностике и определении стадии гепатоцеллюлярной карциномы

Michael H., Lenza C., Gupta M., Katz D.S.

Наиболее распространенной первичной опухолью печени является гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК). Существует несколько факторов риска развития ГЦК: хронический гепатит В и (или) С, вирусная инфекция, цирроз печени, канцерогены. Заболеваемость ГЦК растет в развитых странах, включая США. За 30 лет заболеваемость ГЦК увеличилась не только в целом, но и среди молодых людей. Стадия ГЦК на момент установления диагноза является важным фактором планирования лечения и прогноза. Пациентам на ранней стадии болезни показано радикальное хирургическое вмешательство – трансплантация или резекция печени. Напротив, поздняя стадия заболевания исключает радикальную операцию, и таким пациентам может быть предложено паллиативное лечение – химиотерапия или химиоэмболизация. В связи с этим следует предпринять все возможные попытки точно определить стадию ГЦК. При наличии тромбоза воротной вены (ТВВ) тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) является эффективным методом определения стадии ГЦК. Известна лишь одна публикация, в которой авторы описали применение ТАБ под контролем эндо-УЗИ для диагностики ГЦК и аспирации тромба в условиях ТВВ. Мы сообщаем о втором случае аспирации тромба под контролем ЭндоУЗИ при ТВВ у пациента без цирроза печени в анамнезе и отсутствии образования печени по данным компьютерной томографии (КТ) брюшной полости и УЗИ с целью диагностики и определения стадии ГЦК.

Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2023; 21 (11):

2834–2843.e2.

<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2023.02.022>

Endoscopic ultrasound-guided radiofrequency ablation versus surgical resection for treatment of pancreatic insulinoma

Сравнение эндоскопической радиочастотной абляции под контролем УЗИ и хирургического лечения при инсулиноме поджелудочной железы

Crinò S.F., Napoleon B., Facciorusso A. et al.

Эндоскопическая радиочастотная абляция под контролем УЗИ (эндо-УЗИ-РЧА) приобретает статус безопасного и эффективного метода лечения при нейроэндокринных опухолях поджелудочной железы (ПЖ). Цель исследования — сравнить эндо-УЗИ-РЧА и резекцию ПЖ при инсулиноме. Ретроспективно отобраны пациенты со спорадической инсулиномой ПЖ, перенесшие эндо-УЗИ-РЧА в 23 центрах или резекцию ПЖ в 8 крупных хирургических учреждениях за 2014–2022 гг. Первичным результатом исследования установлена безопасность. Вторичные результаты — клиническая эффективность, продолжительность госпитализации и частота рецидива после эндо-УЗИ-РЧА. Методом псевдорандомизации 89 пациентов распределены в группы сравнения (1:1) и равномерно распределены по воз-

расту, полу, индексу коморбидности Чарльсона, шкале ASA, индексу массы тела, расстоянию между опухолью и протоком ПЖ, зоной, размером и степенью поражения. Установлено, что частота нежелательных явлений (НЯ) составила 18 и 61,8% после эндо-УЗИ-РЧА и хирургической операции ($p < 0,001$). В группе эндо-УЗИ-РЧА тяжелых НЯ не наблюдали по сравнению с 15,7% наблюдений после резекции ($p < 0,0001$). Клиническая эффективность составила 100% после резекции и 95,5% после эндо-УЗИ-РЧА ($p > 0,160$). Однако средняя продолжительность периода наблюдения была короче в группе эндо-УЗИ-РЧА (23 мес [межквартильный размах 14–31 мес] и 37 мес [межквартильный размах 17,5–67 мес], $p < 0,0001$). Продолжительность пребывания в стационаре была значительно больше у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство ($11,1 \pm 9,7$ и $3,0 \pm 2,5$ дня в группе эндо-УЗИ-РЧА; $p < 0,0001$). В 15 (16,9%) наблюдениях после эндо-УЗИ-РЧА опухоль рецидивировала, успешно осуществили повторную эндо-УЗИ-РЧА ($n = 11$) или резекцию ($n = 4$). Эндо-УЗИ-РЧА безопаснее хирургического вмешательства и эффективна в лечении больных инсулиномой ПЖ. При подтверждении результатов в рандомизированном исследовании лечение с помощью эндо-УЗИ-РЧА может стать методом выбора при спорадической инсулиноме ПЖ.

Сведения об авторах [Authors info]

Ахаладзе Гурам Германович — доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ “Российский научный центр рентгенодиагностики” Минздрава России.

Ахаладзе Дмитрий Гурамович — доктор. мед. наук, руководитель отдела торакоабдоминальной хирургии ФГБУ “НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева” Минздрава России. <https://orcid.org/0000-0002-1387-209X>. E-mail: d.g.akhaladze@gmail.com

Для корреспонденции*: Ахаладзе Гурам Германович — 115446, Москва, Коломенский проезд, д. 4. Тел.: +7-499-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com

Guram G. Akhaladze — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Chief Researcher of the Department of Surgery and Surgical Technologies in Oncology of the Russian Scientific Center of Rentgenoradiology.

Dmitry G. Akhaladze — Doct. of Sci. (Med.), Head of the Department of Thoracoabdominal Surgery, Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Ministry of Health of Russian Federation. <https://orcid.org/0000-0002-1387-209X>. E-mail: d.g.akhaladze@gmail.com

For correspondence*: Guram G. Akhaladze — 4, Kolomenskiy proezd, Moscow, 115446, Russia. Phone: +7-449-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com