

УДК 614.2

Организация кабинета эндосонографии в условиях областного онкологического диспансера

И.Л. Киселев, Е.А. Подольская, В.В. Подольский

Курский областной клинический онкологический диспансер

Organization of the endosonographic cabinet in the conditions of a regional oncological center

I. Kiselev, E. Podolskaia, V. Podolskiy

Kursk Regional Clinical Oncology Center

© Коллектив авторов, 2018 г.

Резюме

Статья посвящена организации эндосонографического кабинета онкологического диспансера. Эндосонография — метод, объединяющий возможности эндоскопии и ультрасонографии, только начинает внедряться в работу областных онкологических диспансеров, не имея под собой твердой нормативной базы. Автор предлагает свою модель организации эндосонографического кабинета, пути дальнейшего развития.

Ключевые слова: эндоультрасонография, тонкоигольная аспирационная биопсия, организация здравоохранения, онкология

Summary

The article is devoted to the organization of the endoultrasonographic office of the oncological center. Endoultrasonography is a method that combines the possibilities of endoscopy and ultrasonography, it only begins to be introduced into the work of regional oncological centers, without having a firm regulatory framework. The author offer their model of organization of the endosonographic cabinet, the ways of further development.

Keywords: endoultrasonography, fine needle aspiration biopsy, organization of public health services, oncology

Введение

Онкологическая патология средостения, подслизистых образований верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), поджелудочной железы, как правило, диагностируется на уровне первичного звена при компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), фибро-, видеоэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), ультразвуковой диагностики (УЗД). Далее для дифференциальной диагностики и морфологической верификации пациенты направляются в онкологический диспансер. Торакотомия, торакоскопия, медиастиноскопия, лапаротомия, лапароскопия — довольно инвазивный

диагностический ряд [1]. Методы верификации под КТ- и ультразвуковым контролем не всегда возможны из-за интерпозиции органов и сосудов. Эндоультрасонография (ЭУС) дает возможность осмотреть органы средостения, верхнего этажа брюшной полости и забрюшинного пространства, включая желчевыводящие пути и стенки полых органов, получить материал для цитологической и гистологической диагностики, определить дальнейшую диагностическую и лечебную тактику, избежав операционной травмы. ЭУС представляет собой уникальный метод, сочетающий в себе возможности внутрипросветной эндоскопии и УЗД. Эндоскопический компонент, благодаря «скошенной» оптике, обеспечивает доступ и

навигацию по верхним отделам ЖКТ. Ультразвуковой датчик, расположенный на дистальном конце аппарата, позволяет сканировать в радиальном или продольном направлении, в зависимости от модели аппарата, контролировать выполнение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ). Забор материала для цитологического и гистологического исследований производится специальными эхоконтрастными иглами 18G–22G через инструментальный канал эхоскопа [2].

Законодательная база по организации кабинета для проведения ЭУС далека от совершенства. В списке номенклатуры медицинских услуг широко представлена диагностическая эндосонография, однако нет упоминания об инвазивных манипуляциях под ЭУС-контролем [3]. В приказе Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “онкология”» рекомендовано наличие кабинета ультразвуковых эндоскопических исследований в составе отделения внутрисветной диагностики онкологического диспансера [4]. Рекомендаций по планированию помещения, расчетам нагрузки, специализации врачей в указанном документе не содержится. В действующем приказе Министерства здравоохранения и медицинской промышленности от 31 мая 1996 г. № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», регламентирующем работу эндоскопической службы, упоминания об ЭУС вообще отсутствуют [5].

Цель исследования

Проанализировать работу эндоультрасонографического кабинета с января 2016 по январь 2018 г. в плане обследования пациентов с онкологической патологией.

Материалы и методы исследования

Для оптимизации обследования онкологических больных в 2016 г. в Курском областном клиническом онкологическом диспансере (КОКОД) оборудован кабинет ЭУС. Под данный кабинет выделены помещения, соответствующие рекомендациям для проведения эзофагогастродуоденоскопии (эхоскоп представляет собой гастроинтестинальный аппарат с ультразвуковым датчиком на дистальном конце): процедурная 18 м², кабинет врача 10 м² [6]. Исследования проводились с января 2016 по январь 2018 г. на видеостойке EVIS EXERA III Olympus, совмещенной с ультразвуковым сканером ALOKA ALPHA 7, конвексным ультразвуковым эхоскопом GF UCT 180, радиальным эхоскопом GF VE 160 AL5. Накануне про-

цедуры пациентам проводилась премедикация 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата подкожно и 1 мл 1% раствора димедрола внутримышечно. Анестезия осуществлялась внутривенным введением раствора пропофола. В течение исследования больной располагался на операционном столе. Аппарат заводился через рот. По стандартной методике выполнялось сканирование вдоль верхних отделов ЖКТ [2]. В зоне интереса обнаруживалось опухолевое образование или метастатические лимфатические узлы.

Опухолевые образования представляли собой гетерогенную группу в зависимости от гистогенеза. При исследовании использовались доплеровские методики для оценки расположения крупных сосудов и выявления особенностей васкуляризации опухоли. Признаками, подозрительными на специфическое поражение лимфатического узла, считались: увеличение лимфатического узла в размерах, округлая или овальная форма, преимущественно гомогенная внутренняя структура, гипоехогенность, отсутствие кортикальной дифференцировки, тенденция к слиянию в конгломераты.

ТАБ производилась через инструментальный канал одноразовыми иглами «Olympus», «Boston Scientific» размером 19 и 22G. Показаниями к пункции были: наличие эндосонографических признаков опухоли, опухолевого поражения лимфатических узлов, отсутствие интерпозиции крупных сосудов на планируемой траектории продвижения иглы, отсутствие верификации менее инвазивными методами. ТАБ производилась под ультразвуковой визуализацией в реальном режиме времени поступательными движениями с постоянной аспирацией. Препараты направлялись в цитологическую и гистологическую лаборатории. После манипуляции проводилась профилактическая гемостатическая терапия внутримышечным введением раствора дицинона 2 мл и антибиотикотерапия внутримышечным введением раствора цефтриаксона 2 г. Манипуляцию осуществляла бригада врачей, имеющих специализацию «эндоскопия», специализацию «ультразвуковая диагностика» и/или подготовку по эндосонографии. Активно привлекались для совместной работы специалисты ультразвуковой диагностики. Среднее время проведения исследования — 30 мин, ТАБ — 15 мин, написания протокола, коллегиального обсуждения — 15 мин, обработки оборудования машинным способом — 60 мин.

Результаты и их обсуждение

Проанализированы истории болезни 157 пациентов, которым была выполнена ЭУС с января 2016 по январь 2018 г. Показанием к исследованию было

наличие признаков поражения лимфатических узлов средостения, брюшной полости, забрюшинного пространства, опухолей верхних отделов ЖКТ, поджелудочной железы, выявленных при обследовании лучевыми методами (УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ-КТ), фибро-, видеоэзофагогастродуоденоскопии.

Сканирование в конвексном режиме проводилось в 40% (63) случаев, в радиальном режиме — в 60% (94) случаев.

В структуре выявленной патологии преобладали подслизистые образования верхних отделов ЖКТ — 36,9% (58) случаев, в 29,3% (46) случаев диагностированы эпителиальные образования верхних отделов ЖКТ, в 21,7% (34) случаев — патологические процессы поджелудочной железы, в 7% (11) случаев — метастатическая лимфаденопатия брюшной полости и забрюшинного пространства, в 3,2% (5) случаев — образования средостения, 1,9% (3) случаев — опухоли желчевыводящих путей (таблица).

Таблица

Структура патологии, выявленной при ЭУС

Клинический диагноз	Количество больных	
	абс. число	%
Подслизистые образования	58	36,9
Эпителиальные образования	46	29,3
Образования поджелудочной железы	34	21,7
Лимфаденопатия брюшной полости и забрюшинного пространства	11	7,0
Образования средостения	5	3,2
Образования желчевыводящих путей	3	1,9
Итого	157	100

Из 157 исследований в 35,8% (55) случаев производилась ТАБ в конвексном режиме. Исследования в радиальном режиме имели только дифференциально-диагностическую цель. В 36,4% случаев (20 из 55), кроме аспиратов, удалось получить материал для гистологического исследования в виде цитоблоков (22G) или трепанов (19G).

Манипуляцию пациенты переносили хорошо. Самостоятельно возвращались из палаты пробуждения в палату отделения под присмотром медицинского персонала. Осложнений не наблюдалось.

Внедрение нового метода всегда сопровождается значительными трудностями. Серьезными проблемами являлись отсутствие нормативной базы,

скудное количество публикаций в отечественной литературе, малое количество клиник в Российской Федерации, внедривших ЭУС в свою деятельность. Важным условием полноценной реализации метода является тесное сотрудничество с лечащими врачами. Именно они владеют целостной клинической картиной, осуществляют разработку тактики обследования и лечения больных, выполняют профилактику осложнений. Со своей стороны, врачи-эндоскописты участвовали в консилиумах, активно вели научно-просветительскую деятельность: выступали с докладами на внутренних конференциях, на обществах хирургов, ультразвуковых диагностов, публиковали свои материалы в печати. Параллельно совершенствовали собственную технику, разрабатывали детали методики.

Выводы

- Кабинет для эндоультрасонографии занимает важное место в диагностическом процессе при обследовании больных с онкологической патологией. Организация кабинета позволяет произвести высокоинформативное исследование в кратчайшие сроки, избежать операционной травмы при хирургической биопсии. Мы рекомендуем внедрение нашей модели кабинета ЭУС в другие клиники, занимающиеся данной проблемой:
 - состав помещений: процедурная — 18 м², кабинет врача — 10 м²;
 - оборудование: видеостойка с ультразвуковым сканером или ультразвуковым центром, эхоскопы с радиальным и конвексным датчиками, наборы ультразвуковых зондов, операционный стол, аппарат ИВЛ;
 - персонал: два врача, подготовленные по специальностям «эндоскопия», «ультразвуковая диагностика», прошедшие цикл усовершенствования по эндосонографии, эндоскопическая медсестра, анестезиолог, анестезистка;
 - пропускная способность кабинета — 4 пациента в рабочую смену;
 - общая (внутривенная) анестезия с предшествующей премедикацией.
- Перспективами развития данного вида деятельности в КОКОД является введение сканирования ультразвуковыми зондами через просвет классического эндоскопа, в том числе прямой и ободочной кишки, и разработка показаний и организация ЭУС в амбулаторных условиях.

Список литературы

1. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 560 с. *Chissov V.I., Dar'jalova S.L.* Onkologija. Moscow: GEOTAR-Media, 2007. 560 s.
2. Нечипай А.М., Орлов С.Ю., Федоров Е.Д. ЭУС-бука. М.: Практическая медицина, 2013. 400 с. *Nechipaj A.M., Orlov S.Ju., Fjodorov E.D.* JeUS-buka. Moscow: Prakticheskaja medicina, 2013. 400 s.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг. URL: <https://minjust.consultant.ru/documents/37309> (дата обращения: 04.01.2018). *Prikaz Ministerstva zdavoohranenija Rossijskoj Federacii ot 13.10.2017 g. N 804n «Ob utverzhdenii nomenklatury medicinskih uslug».* URL: <https://minjust.consultant.ru/documents/37309> (data obrashhenija: 04.01.2018).
4. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 № 915н. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9137-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoj-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-915n-ob-utverzhdenii-poryadka-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-naseleniyu-po-profilju-onkologiya> (дата обращения: 23.01.2018). *Ob utverzhdenii Porjadka okazaniya medicinskoj pomoshhi naseleniju po profilju «onkologija»:* *Prikaz Ministerstva zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 15 nojabrja 2012 N 915n.* URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9137-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoj-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-915n-ob-utverzhdenii-poryadka-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-naseleniyu-po-profilju-onkologiya> (data obrashhenija: 23.01.2018).
5. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности от 31 мая 1996 г. № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» URL: <http://www.endoscopy.ru/doctor/222.html> (дата обращения: 23.10.2016). *Prikaz Ministerstva zdavoohraneniya i medicinskoj promyshlennosti ot 31 maja 1996 g. N 222 «O sovershenstvovanii sluzhby jendoskopii v uchrezhdenijah zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii».* URL: <http://www.endoscopy.ru/doctor/222.html> (data obrashhenija: 23.10.2016).
6. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2659-10 «Изменения и дополнения № 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам СП 3.1.1275-03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях». URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102141277&rdk=&backlink=1> (дата обращения: 10.10.2016). *Sanitarno-jepidemiologicheskie pravila SP 3.1.2659-10 «Izmenenija i dopolnenija N 1 k sanitarno-jepidemiologicheskim pravilam SP 3.1.1275-03 «Profilaktika infekcionnyh zabolevanij pri jendoskopicheskijh manipuljacijah».* URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102141277&rdk=&backlink=1> (data obrashhenija: 10.10.2016).

Поступила в редакцию 01.03.2018 г.

Сведения об авторах:

Киселев Игорь Леонидович — кандидат медицинских наук, главный врач Курского областного клинического онкологического диспансера; 305035, г. Курск, ул. Пирогова, д. 20; e-mail: kursk_ood@mail.ru;

Подольская Елена Анатольевна — кандидат медицинских наук, заведующая отделением Курского областного клинического онкологического диспансера; 305035, г. Курск, ул. Пирогова, д. 20; e-mail: ear25@mail.ru;

Подольский Владимир Владиславович — врач-эндоскопист Курского областного клинического онкологического диспансера; 305035, г. Курск, ул. Пирогова, д. 20; e-mail: doc_podolskiy@mail.ru.