

На правах рукописи

ЭРНАЗАРОВ ЭРМЕК ЭСЕНБАЕВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ
ОПУХОЛЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА
В СВЕТЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ**

14.01.17 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва - 2019

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор

Шаповальянц Сергей Георгиевич

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор

Шестаков Алексей Леонидович

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», отделение хирургическое I (хирургии пищевода и желудка), заведующий отделением

Доктор медицинских наук

Шишин Кирилл Вячеславович

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский Клинический Научно-практический Центр имени А.С. Логинава Департамента здравоохранения города Москвы», отдел эндоскопии, руководитель отдела

Ведущая организация:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Защита диссертации состоится «__» _____ 2019 года в 14:00 часов на заседании Диссертационного совета Д 208.072.15 на базе ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д.1

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д.1, а также на сайте: www.rsmu.ru

Автореферат разослан «__» _____ 2019 года

Ученый секретарь Диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Хашукоева Асият Зулъчифовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Неэпителиальные опухоли (НЭПО) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляют до 5% всех новообразований пищеварительного тракта [Галкин В.Н., 2003; Старков Ю.Г., Шишин К.В., 2011; Кригер А.Г., 2014; Курушкина Н.А., 2014; Шестаков А.Л., 2017; Liu H.C., 2012]. С усовершенствованием современных методов диагностики подобных опухолей частота выявления НЭПО постепенно увеличивается. На сегодняшний день известно, что наиболее распространенными среди НЭПО пищеварительного тракта являются гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО), ранее расценивавшиеся как лейомиомы, лейомиосаркомы и только в 2000 году выделенные в отдельную нозологическую группу [Копп М.В., 2013; Bucber P., 2004]. В развитых странах мира на 1 млн. населения выявляются до 20 случаев ГИСО в год, средний показатель заболеваемости в мире составляет 1-1,5 наблюдения на 100 тысяч человек в год. Следует отметить, что ГИСО составляет около 80% всех сарком желудочно-кишечного тракта и 1-3% от всех злокачественных новообразований пищеварительного тракта [Поддубная И.В., 2008; Старков Ю.Г., Шишин К.В., 2010; Стилиди И.С., 2010; Афанасьев С.Г., 2012; Котляров П.М., 2012; Юричев И.Н., 2012; Копп М.В., 2013; Кудрявцева А.В., 2018]. ГИСО развиваются в любом отделе ЖКТ, чаще всего в желудке – 60-70%, в остальных отделах пищеварительного тракта реже: в тонкой кишке – 15-30%, в толстой кишке – 5-8%, в прямой кишке - 5%, в пищеводе – 2-5%, в единичных случаях в червеобразном отростке. Имеются сведения о выявлении ГИСО в поджелудочной железе, желчном пузыре, предстательной железе, мочевом пузыре, большом и малом сальнике, брыжейке тонкой и толстой кишки, забрюшинном пространстве [Егоров В.И., 2007; Мазурин В.С., 2007; Богомолов Н.И., 2017; Ando N., 2002;].

Клиническая картина НЭПО верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) не имеет патогномоничных и специфических симптомов, чаще новообразования малых размеров являются находкой при эндоскопическом и рентгенологическом исследованиях [Воробей А.В., 2008; Чернеховская Н.Е., 2010; Чикаев В.Ф., 2014; Kim S.Y., 2016]. Нередко, при увеличении размеров опухоли течение заболевания может осложниться кровотечением, стенозом, механической желтухой, непроходимостью,

перфорацией, перитонитом, что часто является поводом для обращения пациента в общехирургический стационар [Щербаков, П.Л., 2010; De Vogelaere K., 2012].

Несмотря на внимание к теме лечения больных с НЭпО ВОПТ, к настоящему времени в литературе нет единой общепринятой тактики лечения НЭпО ЖКТ. Схема применения методов диагностики и лечения предложена, но не подтверждена отдаленными результатами лечения. До сих пор во всем мире нет единой, общепринятой схемы динамического наблюдения как за оперированными, так и неоперированными больными. Требуется четкое определение показаний и ограничений к оперативному лечению пациентов с неосложненным течением НЭпО ВОПТ с учетом данных комплексного дооперационного обследования. Необходимым является анализ современных методов оперативного лечения больных с НЭпО ВОПТ, определение четких показаний и ограничений к тому или иному способу удаления новообразования. С этих позиций важным является проведение анализа отдаленных результатов лечения больных с НЭпО, для детальной оценки эффективности современных методов диагностики, лечения и улучшения тактических подходов в лечении неэпителиальных новообразований.

Степень разработанности темы исследования

К настоящему времени накопилось достаточно исследований, посвященных клинко-диагностическим аспектам, тактическим подходам в лечении больных с НЭпО, а также осложненными формами заболевания (Брюханов Е.А., 2001; Колоцей В.Н., 2016; Ioannidis O., 2012). Однако встречаются лишь единичные научные работы по оценке отдаленных результатов лечения пациентов с НЭпО ВОПТ (Галкин В.Н., 2005; Оскретков В.И., 2011; Кащенко В.А., 2016). Вместе с тем, анализ именно отдаленных результатов лечения больных с неэпителиальными новообразованиями позволяет осуществить объективную оценку эффективности современных методов диагностики, лечения и оптимизировать тактические подходы в лечении пациентов с НЭпО ЖКТ.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных с неэпителиальными новообразованиями верхних отделов пищеварительного тракта на основе оценки отдаленных результатов.

Задачи исследования

1. Оценить ближайшие и отдаленные результаты консервативного ведения больных с неэпителиальными новообразованиями верхних отделов пищеварительного тракта.
2. Изучить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения больных с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта в зависимости от исходной морфологической структуры опухоли, метода и объема выполненной операции.
3. На основе изучения отдаленных результатов лечения усовершенствовать лечебно-диагностический алгоритм у больных с неэпителиальными новообразованиями верхних отделов пищеварительного тракта.
4. Усовершенствовать схему ведения пациентов с неэпителиальными опухолями в отдаленном периоде после различных видов лечения в зависимости от морфологической структуры опухоли.

Научная новизна

Впервые на репрезентативном материале изучены отдаленные результаты консервативного лечения больных с неэпителиальными новообразованиями пищеварительного тракта.

Дана оценка отдаленных результатов оперативного лечения больных, в том числе после малоинвазивных вмешательств (внутрипросветных эндоскопических и лапароскопических).

Усовершенствованы тактические подходы в отношении больных с неэпителиальными опухолями пищеварительного тракта, сформулированы четкие показания для оперативного лечения.

Разработаны критерии выбора различных видов оперативных вмешательств в зависимости от исходных клинико-инструментальных данных.

Теоретическая и практическая значимость работы

На основе полученных результатов разработан и внедрен в клиническую практику усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий оптимизировать выбор лечебной тактики у больных с неэпителиальными опухолями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Показана эффективность комбинированного эндоскопического и

медикаментозного гемостаза, позволяющего снизить частоту выполнения экстренных оперативных вмешательств у пациентов с неэпителиальными новообразованиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением.

Внедрение в клиническую практику алгоритма наблюдения за состоянием больных с неэпителиальными новообразованиями верхних отделов пищеварительного тракта позволяет своевременно обнаружить возможный рецидив заболевания в послеоперационном периоде, а также вовремя зафиксировать рост ранее выявленной опухоли и прогрессирование заболевания у неоперированных больных.

На основании анализа ближайших и отдаленных результатов лечения оценены современные подходы в диагностике и лечении пациентов с неэпителиальными опухолями верхних отделов пищеварительного тракта.

Методология и методы исследования

Проведено ретроспективное и проспективное исследование у пациентов с неэпителиальными опухолями верхних отделов пищеварительного тракта. При выполнении работы применялись общеклинические, эндоскопические и лучевые методы исследования.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Своевременное выявление кровотечения из неэпителиальной опухоли и выполнение неотложного медикаментозного и эндоскопического гемостаза, существенно снижает вероятность выполнения экстренных оперативных вмешательств, позволяет определить тактику дальнейшего лечения при стабильном состоянии пациента.

2. Динамические контрольные обследования пациентов с неэпителиальными новообразованиями желудочно-кишечного тракта дают возможность в ранние сроки выявить рецидив или рост ранее обнаруженной опухоли, что позволяет своевременно провести оперативное лечение.

3. Алгоритм контрольных обследований пациентов с неэпителиальными опухолями верхних отделов пищеварительного тракта после выписки из стационара должен включать в себя комплекс эндоскопических, ультразвуковых и лучевых методов исследования с четкой периодичностью, зависящей от морфологической структуры опухоли и характера проведенного лечения.

4. Эндоскопические внутрипросветные и лапароскопические операции

являются эффективной альтернативой традиционным оперативным вмешательствам у больных с неэпителиальными новообразованиями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, при соответствующих размерах и локализации в стенке органа по данным эндосонографии.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность результатов исследования подтверждается проведенной статистической обработкой с соблюдением принципов статистического анализа. Различия считались достоверными при P менее 0,05.

Апробация диссертации

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: Всемирном конгрессе по гастроинтестинальной эндоскопии ENDO 2017 (Индия, Хайдарабад, февраль 2017г.), региональной Краевой научно-практической конференции «Итоги работы эндоскопической службы Алтайского края в 2017 году, задачи на 2018 год. Актуальные вопросы гастроэнтерологической эндоскопии» (Барнаул, май 2018г.), 10-ой Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии» (Санкт-Петербург, март 2019г.).

Апробация работы состоялась на совместной научно-практической конференции сотрудников кафедры госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ имени Н.И. Пирогова, сотрудников хирургических и эндоскопических отделений ГБУЗ «Городская клиническая больница №31» ДЗМ, ГБУЗ «Городская клиническая больница №17» ДЗМ, ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница №62» ДЗМ и многопрофильного медицинского центра «Клиника К+31» города Москвы 26 июня 2018 года, протокол №7.

Личный вклад автора

Автором лично разработаны дизайн и программа исследования. Диссертант принимал участие в первичном обследовании, лечении и динамическом контрольном обследовании больных с НЭпО ВОПТ. Автор освоил малоинвазивные и традиционные хирургические методы лечения, использованные в работе, методы, применяемые для получения и оценки результатов, выполнил статистический анализ и описание результатов лечения.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют формуле специальности 14.01.17 – «хирургия», результаты проведенной работы соответствуют пунктам 2, 4 и 5 области исследований специальности.

Реализация и внедрение полученных результатов в практику

Основные положения диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность хирургических и эндоскопических отделений ГБУЗ «Городская клиническая больница №31» ДЗМ, ГБУЗ «Городская клиническая больница №17» ДЗМ, ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница №62» ДЗМ и медицинского многопрофильного центра «Клиника К+31» города Москвы, а также используются в образовательном процессе студентов, ординаторов и аспирантов кафедры госпитальной хирургии №2 с научно-исследовательской лабораторией хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Российского Национального Исследовательского Медицинского Университета им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 6 научных работ, из них 2 в изданиях, определенных перечнем ВАК при Министерстве образования и науки Российской Федерации.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на 129 страницах печатного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания клинического материала и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и указателя литературы. Диссертация иллюстрирована 12 рисунками, 31 таблицей и 4 клиническими примерами. Список литературы содержит 210 источников, из них 90 зарубежных и 120 отечественных авторов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2000 по 2016 годы в клинике госпитальной хирургии №2 лечебного факультета с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Российского Национального Исследовательского Медицинского Университета им. Н.И. Пирогова (заведующий кафедрой – профессор, д.м.н. Шаповальянц С.Г.) на базе хирургических

отделений ГБУЗ «Городская клиническая больница №31» Департамента здравоохранения города Москвы находилось на лечении 269 (100,0%) больных с различными видами НЭПО ВОПТ. Исследуемую группу составил **201 (74,7%) пациент**, обследованный после выписки из стационара в сроки от 1 года до 15 лет. В остальных 68 (25,3%) наблюдениях провести полноценный мониторинг для оценки ближайших и отдаленных результатов лечения не удалось из-за отсутствия контакта с больными или отказа пациентов от предложенного им обследования. Исследуемая группа включала 57 (28,3%) мужчин и 144 (71,7%) женщины. Возраст пациентов варьировал от 25 до 89 лет, средний возраст составил 61,8 год \pm 12,8 лет.

У 144 (71,6%) больных при первичном поступлении имелись сопутствующие заболевания в стадии компенсации, у 19 (9,4 %) пациентов – в стадии субкомпенсации, в 13 (6,5%) наблюдениях отмечалась декомпенсированная стадия.

На момент поступления при первичной госпитализации в стационар у **46 (22,9%)** пациентов были выявлены признаки желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), осложнившего течение основного заболевания (таблица 1).

Таблица 1 - Степень тяжести желудочно-кишечных кровотечений

Степень тяжести ЖКК	Число больных
Легкой степени	21 (45,7%)
Средней степени	13 (28,3%)
Тяжелой степени	12 (26,0%)
Всего	46 (100,0%)

У 7 (3,5%) больных при поступлении были диагностированы признаки стеноза пищевода (1), желудка (4) и двенадцатиперстной кишки (2), еще 36 (17,9%) пациентов поступили в стационар с жалобами на боли и тяжесть в эпигастральной области, похудание и снижение аппетита. В плановом порядке в нашу клинику обратились 112 (55,7%) больных.

При первичной госпитализации в стационар пациентам проводились общеклиническое обследование и инструментальные методы исследования, включавшие рентгенографию грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, эндосонографию (ЭУС), рентгенографию ВОПТ, компьютерную томографию (КТ) брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием (таблица 2).

Таблица 2 - Методы инструментальной диагностики у пациентов с НЭПО ВОПТ при первичной госпитализации в стационар (N-201)

Методы исследования	Количество пациентов
Эзофагогастродуоденоскопия	201 (100,0%)
Рентгенография легких	201 (100,0%)
УЗИ брюшной полости	198 (98,5%)
Эндоскопическая ультрасонография	178 (88,5%)
Рентгенография ВОПТ	78 (36,9%)
КТ брюшной полости и малого таза	56 (27,9%)

Неэпителиальные опухоли располагались преимущественно в желудке – 79,6% (160), реже в пищеводе - 14,0% (28) и двенадцатиперстной кишке – 6,4% (13).

При помощи инструментальных методов исследования определялась предположительная морфологическая форма неэпителиальной опухоли. На основании эндосонографической шкалы предварительной оценки степени злокачественности НЭПО (Yamazaki Y., Kida M., 2002), у 23 (46%) из 50 пациентов с подозрением на ГИСО желудка были выявлены признаки высокого потенциала злокачественности, что сыграло важную роль для решения вопроса о необходимости, методе и объеме оперативного вмешательства.

У пациентов с неэпителиальными новообразованиями, осложненными кровотечением (n-46), диагностические мероприятия осуществлялись в неотложном порядке, проводились клиническая диагностика ЖКК и неотложная ЭГДС. После выявления источника кровотечения и оценки его характеристики, при необходимости проводился эндоскопический гемостаз. Показанием для эндоскопического гемостаза считались: продолжающееся на момент эндоскопического осмотра кровотечение, наличие крупных тромбированных сосудов в зоне изъязвления опухоли диаметром более 1 мм.

По окончании эндоскопического исследования проводилась комплексная консервативная терапия в соответствующем отделении в зависимости от степени риска рецидива кровотечения. Пациентам с кровопотерей средней или тяжелой степени, с высоким риском рецидива кровотечения и тяжелым состоянием дальнейшее лечение проводилось в отделении интенсивной терапии, больные с кровопотерей легкой степени и низким риском рецидива кровотечения для консервативной терапии находились в хирургическом отделении.

Медикаментозная гемостатическая терапия проводилась всем 46 (100,0%) больным с ЖКК, осложнившего течение основного заболевания, из них 17 (37,0%) пациентам был выполнен эндоскопический гемостаз. Эффективный комплексный гемостаз был проведен 42 (91,4%) пациентам, что позволяло в последующем дообследовать и подготовить больного к оперативному вмешательству. Рецидив кровотечения из опухоли после эндоскопического гемостаза был зафиксирован в 4 (8,6%) наблюдениях, в результате чего 3 из них было выполнено экстренное оперативное вмешательство, в 1 наблюдении был выполнен повторный эндоскопический гемостаз с положительным эффектом.

После эндоскопического исследования выполненного в неотложном порядке пациентам продолжалась проводиться комплексная консервативная терапия. Всего 25 (54,3%) пациентам с кровопотерей средней или тяжелой степени, с высоким риском рецидива кровотечения и тяжелым состоянием дальнейшее лечение проводилось в отделении интенсивной терапии. Остальные 21 (45,7%) больных с кровопотерей легкой степени тяжести и низким риском рецидива ЖКК дальнейшая консервативная терапия продолжалась в хирургическом отделении, где также проводилось обследование и предоперационная подготовка. Всего 37 (80,5%) пациентам, поступившим с признаками ЖКК, были выполнены оперативные вмешательства, после адекватной предоперационной подготовки и полного дообследования были оперированы 34 (91,8%) пациента, всего 3 (8,2%) больных оперированы в экстренном порядке. Остальным 9 (19,5%) пациентам операции не выполнялись по ряду причин (описаны ниже).

Вышеизложенная диагностическая программа, выполненная в неотложном порядке, а также проведение комплексных гемостатических мероприятий позволяли в кратчайшие сроки достичь эффективного гемостаза, адекватно провести дообследование и подготовку больного к операции.

Основываясь на практических рекомендациях Российского Общества Клинической Онкологии (RUSSCO 2017), показанием к операции больных мы считали наличие НЭПО диаметром более 1,5 см, также опухоли меньшего диаметра, однако со средним или высоким потенциалом злокачественности. Абсолютным показанием к оперативному лечению считалось осложненное течение заболевания.

Пациентам, поступившим с клинической картиной кровотечения из НЭПО, проводился комбинированный (эндоскопический и медикаментозный) гемостаз в неотложном порядке, по результатам которого решался вопрос о выполнении экстренной, срочной или отсроченной операции.

Больным с НЭПО диаметром менее 1,5 см, имевшими низкий потенциал злокачественности, проводилось динамическое наблюдение. У пациентов с НЭПО диаметром более 5 см, а также осложненном течении заболевания выполняли традиционные хирургические вмешательства. Лапароскопические (ЛСК) операции осуществляли при диаметре опухоли не более 5 см и ее локализации в мышечном слое стенки органа. Эндоскопические внутрипросветные операции выполняли при росте опухоли из мышечной пластинки слизистой оболочки или из подслизистого слоя и ее диаметре до 5 см. Указанные условия успешного и безопасного удаления НЭПО объясняются тем, что эндоскопическое иссечение и извлечение опухолей большего диаметра является технически сложным, а при локализации опухоли в мышечном слое существует высокий риск перфорации стенки органа при ее иссечении через гибкий эндоскоп. При небольших НЭПО расположенных на задней стенке кардиального отдела желудка, с интрагастральным ростом и исходившие из мышечного слоя проводили ЛСК ассистированное удаление опухоли через гибкий эндоскоп.

Из 201 (100,0%) больного с НЭПО ВОПТ оперировано 125 (62,2%), а 76 (37,8%) пациентам оперативные вмешательства не выполнялись. В неотложном порядке оперированы 40 (32,0%) пациентов, остальные 85 (68,0%) в плановом порядке. Характер первично выполненных оперативных вмешательств, представлен в таблице 3.

Таблица 3 - Характер проведенных первичных операций

Характер оперативных вмешательств	Число больных
Традиционные хирургические операции	47 (37,6%)
Лапароскопические операции	22 (17,6%)
Эндоскопические внутрипросветные операции	53 (42,4%)
Лапароскопически-ассистированное удаление опухоли через гибкий эндоскоп	3 (2,4%)
Всего:	125 (100,0%)

Из таблицы 3 следует, что на долю малоинвазивных (внутрипросветных эндоскопических, лапароскопических) оперативных вмешательств, пришлось 62,4 % (78) операций, традиционным хирургическим способом были выполнены 37,6% (47) операций.

Во время выполнения оперативного вмешательства у 3 (2,4%) больных были зафиксированы интраоперационные осложнения, послеоперационные осложнения выявлены у 4 (3,2%) пациентов, что подробно изложено в таблице 4.

Таблица 4 - Структура интра- и послеоперационных осложнений

Операции Осложнения	Эндоскопические внутрипросветные (n-53)	Лапароскопические (n-22)	Традиционные хирургические (n-47)	ЛСК +эндоскопические (n-3)	Итого (n-125)
Интраоперационные	1-перфорация 1- ЖКК	-	1-повреждение сосудов селезенки	-	3 (2,4%)
Послеоперационные	-	1-гастростаз	1-перфорация острых язв, 1-гастростаз, 1-тромбоз яремной вены	-	4 (3,2%)
Всего	2 (3,7%)	1(4,5%)	4 (8,5%)	-	7 (5,6%)

Диаметр удаленных НЭПО колебался от 0,4 см до 15 см, средний диаметр опухоли составил $3,1 \pm 2,4$ см. Гистологическое исследование удаленных макропрепаратов выполнено у всех 125 (100,0%) оперированных больных. В большей части наблюдений выявлена ГИСО - 53, лейомиома верифицирована в 31 случае, воспалительная фиброзная опухоль обнаружена в 16 наблюдениях, липома - 11, фиброма – 6, ангиолейомиома - 4, псевдолимфома – 2, невринома - 1, гемангиома - 1.

У 53 больных с подозрением на ГИСО проводилось иммуногистохимическое исследование удаленных макропрепаратов, что является обязательным условием для установления заключительного диагноза. Был проведен анализ интенсивности и частоты экспрессии маркеров CD 117, DOG1, CD 34 и Ki 67.

Согласно клиническим рекомендациям Общества Клинической Онкологии (RUSSCO 2017), оценивая размер опухоли и индекс митотической активности, мы определили потенциал злокачественности удаленных ГИСО желудка (таблица 5).

Таблица 5 - Оценка потенциала злокачественности удаленных ГИСО желудка (Н. Joensuu 2008)

Потенциал злокачественности	Размер опухоли, см.	Митотический индекс	Локализация опухоли	Число наблюдений
Очень низкий	≤2	≤5	Любая	3 (5,7%)
Низкий	2.1-5.0	≤5	Любая	19 (35,8%)
Промежуточный	2.1-5.0	>5	Желудок	9 (17,0%)
	<5.0	6-10	Любая	
	5.1-10.0	≤5	Желудок	
Высокий	Любой	Любой	Разрыв опухоли	22 (41,5%)
	>10	Любой	Любая	
	Любой	>10	Любая	
	>5	>5	Любая	
Всего				53 (100,0%)

Из представленных в таблице 5 данных видно, что очень низкий потенциал злокачественности ГИСО верифицирован лишь в 3 (5,7%) наблюдениях, низкий потенциал злокачественности выявлен у 19 (35,8%) больных, у 9 (17,0%) пациентов определен промежуточный потенциал злокачественного роста. Вместе с тем, в наибольшем числе наблюдений, у 22 (41,5%) больных зафиксирован высокий уровень потенциала злокачественности.

Согласно TNM-классификации Всемирной организации здравоохранения (2010) мы установили стадию заболевания оперированных больных с ГИСО желудка. Стадия T1N0M0 определена у 5 (9,4%) пациентов, у преобладающего большинства больных (32 (60,4%)) была верифицирована стадия T2N0M0, стадию T3N0M0 имели 13 (24,5%) пациентов, стадия T4N1M1 была выявлена всего в 3 (5,7%) наблюдениях.

Всем оперированным пациентам по поводу ГИСО с высоким и промежуточным потенциалом злокачественности (29), больным после циторедуктивных операций (с высоким потенциалом злокачественности) (2) и пациенту с рецидивом заболевания (1) назначалась адьювантная таргетная терапия препаратом иматиниб в дозировке 400 мг в сутки в течение 3 лет. Неоперированным больным с ГИСО (4) препарат был назначен в такой же дозировке.

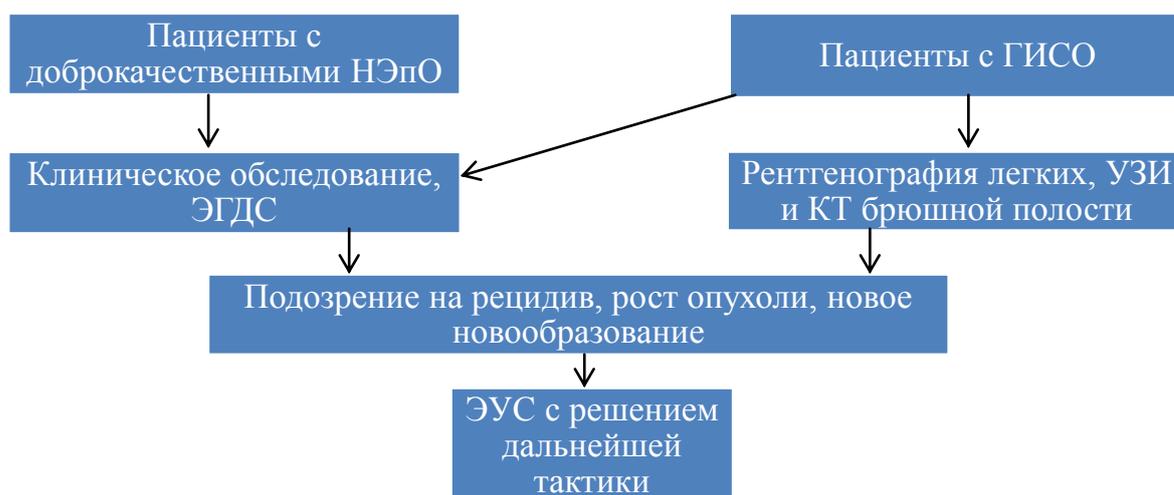
Оперативное лечение не выполнялось **76 (37,8%)** пациентам с НЭпО ВОПТ. В 63 (82,9%) наблюдениях диаметр опухолей, имевших низкий индекс злокачественного роста, не превышал 1,5 см. У 9 (11,9%) больных от операции пришлось воздержаться из-за выраженной сопутствующей патологии. Еще 3 (3,9%)

больных категорически отказались от предложенного им оперативного лечения. В 1 (1,3%) наблюдении от операции пришлось отказаться в связи с необходимостью проведения неoadьювантной терапии больному с В-клеточной лимфомой желудка с последующим решением вопроса об оперативном лечении в специализированном учреждении. Всем пациентам данной группы осуществлялось динамическое наблюдение.

После первичного стационарного лечения проводились регулярные контрольные обследования пациентов. Объем и сроки контрольного обследования зависели от морфологической структуры, потенциала злокачественности удаленной опухоли и стадии заболевания.

Больным, оперированным по поводу доброкачественных НЭпО ВОПТ, проводилось клиническое обследование и выполнялась контрольная ЭГДС с регулярностью один раз в 12 месяцев. ЭГДС позволяла полноценно оценить послеоперационный рубец и исключить рецидив заболевания или обнаружить появление нового новообразования, определить его локализацию, оценить размеры и подвижность опухоли. При подозрении на рецидив, выявлении динамики роста ранее обнаруженной опухоли или появлении нового новообразования проводили ЭУС с последующим решением вопроса о дальнейшей тактике (рисунок 1).

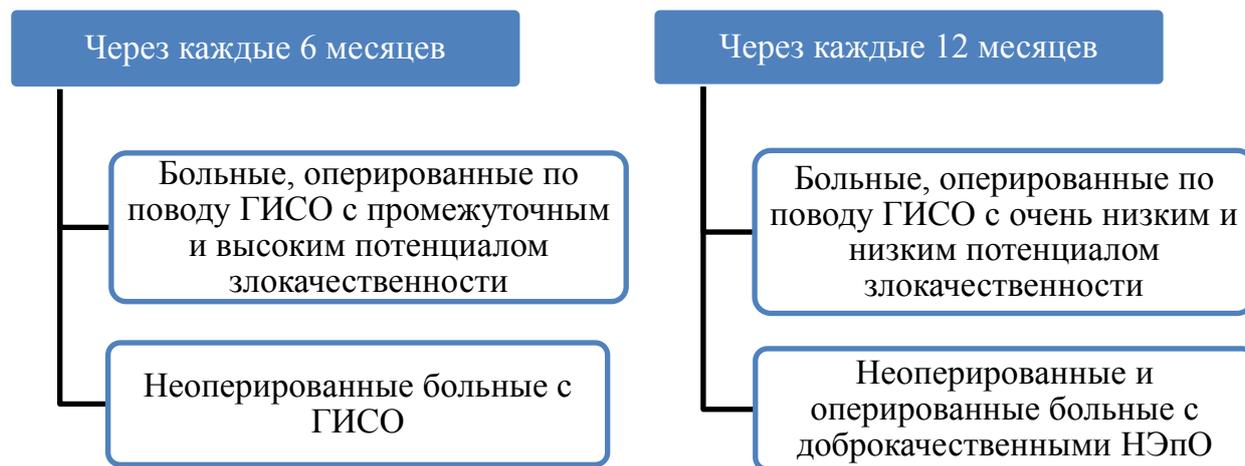
Рисунок 1 – Контрольное обследование больных в отдаленном периоде



Пациентам с ГИСО дополнительно проводился комплекс исследований, включавший обзорную рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости и КТ брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием. Частота и сроки проведения дополнительных исследований зависели от потенциала

злокачественности опухоли. Больным, оперированным по поводу ГИСО с очень низким и низким потенциалом злокачественности, контрольные исследования проводились ежегодно, при ГИСО с промежуточным и высоким потенциалом злокачественности исследования выполнялись каждые 6 месяцев. Все неоперированные пациенты обследовались также через каждые полгода (рисунок 2).

Рисунок 2 - Периодичность выполнения контрольных обследований



Методы и частота проведенных контрольных обследований представлены в таблице 6.

Таблица 6 - Методы контрольных обследований и частота их выполнения

Методы контрольного обследования	Частота выполнения	Каждые 6 месяцев	Каждые 12 месяцев	Всего больных (n-201)
Основные методы (клиническое обследование, ЭГДС)		108 (53,7%)	93 (46,3%)	201 (100,0%)
Дополнительные методы (рентгенография ОГК, УЗИ и КТ брюшной полости и малого таза)		36 (62,1%)	22 (37,9%)	58 (100,0%)

Таким образом, основные методы контрольного обследования ежегодно проводились 93 (46,3%) пациентам, с регулярностью один раз в 6 месяцев выполнялись 108 (53,7%) больным. Ежегодно комплекс дополнительных обследований проводился 22/58 (37,9%) пациентам и каждые 6 месяцев выполнялись 36/58 (62,1%) больным. Контрольная эндосонография выполнялась 18/201 (8,9%) пациентам.

Статистическая обработка параметров проводилась с помощью статистической программы SPSS STATISTICS версия 19 с соблюдением принципов статистического

анализа. Применялся 95% доверительный интервал. Различия считали достоверным при P менее 0,05. При сравнении качественных признаков применялся χ^2 с поправкой Йетса. Расчет отдаленных результатов был проведен на основе метода Kaplan-Meier. Для оценки достоверности различий между кривыми выживаемости использовался логранговый критерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ближайшие и отдаленные результаты лечения в течение от 1 года до 15 лет изучены у **125** оперированных больных с НЭПО ВОПТ (таблица 7). Процент обследованных нами пациентов составил **89,9%** от общего количества оперированных больных (**n-139**). В литературе имеются научные труды, в которых сроки для оценки отдаленных результатов лечения НЭПО ЖКТ весьма разнятся и составляют от 6 до 27 месяцев [Галкин В.Н., 2003; Оскретков В.И., 2011; Кащенко В.А., 2016], что в значительной степени обусловлено полиморфизмом данных образований. В связи с этим, в настоящее время нет четкого определения сроков наблюдения для оценки ближайших и отдаленных результатов лечения НЭПО ЖКТ. Наибольшее число сообщений содержат указания на 2-летний и более период наблюдения, расценивая их как отдаленные результаты лечения.

Таблица 7 - Сроки наблюдения оперированных больных с НЭПО ВОПТ в ближайшем и отдаленном периоде после оперативных вмешательств

Сроки наблюдения \ Характер опухоли	6-24 месяца	2-5 лет	5-10 лет	более 10 лет	Всего
Доброкачественные НЭПО	7	28	25	12	72
ГИСО с очень низким потенциалом злокачественности	-	3	-	-	3
ГИСО с низким потенциалом злокачественности	1	5	13	-	19
ГИСО с промежуточным потенциалом злокачественности	1	6	2	-	9
ГИСО с высоким потенциалом злокачественности	2	10	10	-	22
Итого	11 (8,8%)	52 (41,6%)	50 (40,0%)	12 (9,6%)	125 (100,0%)

Из таблицы 7 следует, что у 11/125 (8,8%) пациентов ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены спустя 6-24 месяца, при этом контрольные обследования проводились через каждые 6-12 месяцев.

Рецидив НЭПО за данный период наблюдения зафиксирован у 1 пациента через 1 год после ЛСК парциальной резекции желудка по поводу ГИСО с низким потенциалом злокачественности, была осуществлена повторная операция: субтотальная резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру с благоприятным течением послеоперационного периода, назначен иматиниб по 400 мг в сутки в течение 3 лет. При дальнейшем мониторинге пациента на протяжении 4 лет после операции признаков рецидива новообразования выявлено не было. Вероятной причиной развития рецидива послужило труднодоступное расположение опухоли (задняя стенка верхней трети тела желудка), что затрудняло проведение оперативного вмешательства в объеме R0. Подобное наблюдение доказывает необходимость селективного подхода при выборе метода операций у больных с НЭПО ВОПТ, учитывая очевидные преимущества малоинвазивных вмешательств без ущерба для радикальности.

Отдаленные результаты оперативного лечения больных с НЭПО через 2-5 лет после выписки из стационара получены у 52/125 (41,6%) пациентов (рисунок 3). У всех 52 (100,0%) больных отсутствовали признаки рецидива заболевания. Всем пациентам регулярно выполнялась ЭГДС, при рентгенографии грудной клетки, УЗИ и КТ брюшной полости и малого таза данных за прогрессирование заболевания не выявлено.



Рисунок 3 - Результаты эндоскопического удаления неэпителиальной опухоли желудка методом эндоскопической диссекции подслизистого слоя (ЭДПС) с сохранением слизистого лоскута: А. общий вид опухоли; Б. новообразование отсечено от слизистого лоскута, вид послеоперационного дефекта с сохраненным слизистым лоскутом; В. ЭГДС через 2 года после операции, в области ранее перенесенной операции имеется незначительная деформация слизистой оболочки в виде складки высотой до 2-3 мм, соответствующая проекции ранее фиксированного лоскута, данных за рецидив опухоли нет.

Результаты оперативного лечения пациентов с НЭпО ВОПТ через 5-10 лет после выписки из стационара изучены у 50/125 (40,0%) больных. В 49 (98,0%) наблюдениях данных за местный рецидив и прогрессирование опухоли не выявлено. Контрольные исследования пациентам проводились регулярно, через каждые 6-12 месяцев (рисунок 4).



Рисунок 4 - Результаты оперативного лечения больного В. с ГИСО после парциальной резекции желудка: А. общий вид опухоли при ЭГДС; Б. удаленный макропрепарат в разрезе; В. ЭГДС через 5 лет после выписки, в зоне ранее перенесенной операции имеется умеренная деформация слизистой оболочки в виде линейной рубцовой складки высотой до 2-3 мм, данных за рецидив заболевания нет.

Отдаленные результаты лечения спустя более 10 лет после выписки из стационара получены у 12/125 (9,6%) больных оперированных по поводу НЭпО ВОПТ. При контрольном обследовании пациентов спустя более 10 лет, во всех 12 (100,0%) наблюдениях данных за местный рецидив заболевания и признаков прогрессирования онкологического процесса не получено.

Пациентам, оперированным по поводу ГИСО с высоким и промежуточным потенциалом злокачественности (29), а также больным после циторедуктивных операций (2) и пациенту с рецидивом гастроинтестинальной стромальной опухоли желудка (1) назначалась таргетная адъювантная терапия иматинибом в дозировке 400 мг в сутки на протяжении 3 лет. От проведения адъювантной терапии категорически отказались двое больных.

Оценить общую пятилетнюю выживаемость удалось у 27/53 (51,0%) пациентов, оперированных по поводу ГИСО ВОПТ, у остальных 26/53 (49,0%) больных не удалось в виду короткого срока наблюдения за пациентами. Общая 5-летняя выживаемость у больных, оперированных по поводу ГИСО ВОПТ, составила 92,6% (рисунок 5).

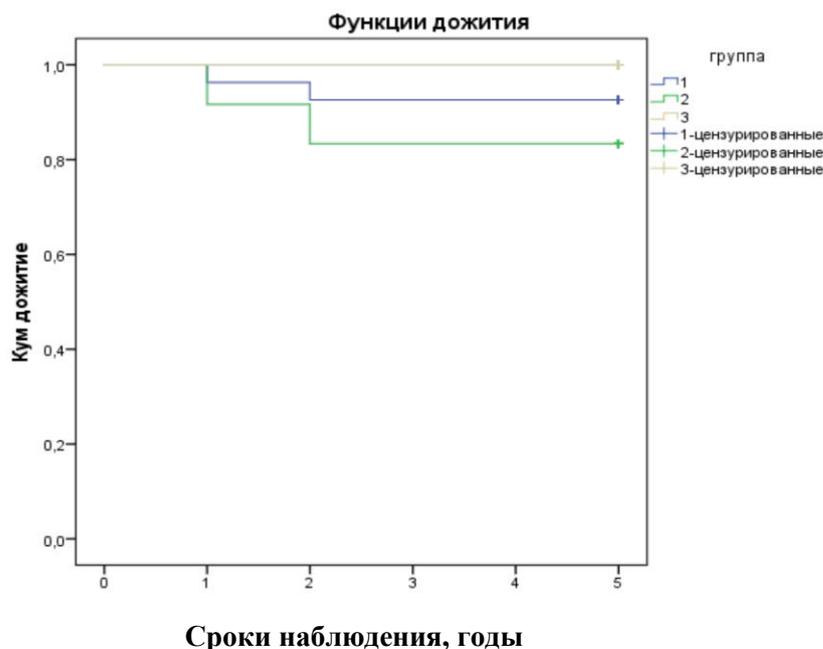


Рисунок 5 - Выживаемость пациентов с ГИСО:

- 1 – выживаемость общей группы больных с ГИСО
- 2 – ГИСО с высоким риском прогрессирования
- 3 – ГИСО с низким и промежуточным риском прогрессирования

У больных, оперированных по поводу ГИСО с высоким потенциалом злокачественности, 5-летняя выживаемость составила 83,3%. В подгруппе больных с гастроинтестинальной стромальной опухолью с низким и промежуточным потенциалом злокачественности за весь период наблюдения прогрессирования заболевания не зафиксировано.

Таким образом, ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у 125 больных, перенесших оперативное вмешательство. Результаты малоинвазивного оперативного лечения (внутрипросветное эндоскопическое или лапароскопическое) получены у 78 пациентов. Рецидив заболевания выявлен у 1 (0,8%) больного, через 1 год после парциальной резекции желудка выполненной лапароскопическим способом по поводу ГИСО задней стенки верхней трети тела желудка, что доказывает эффективность применения не только традиционных хирургических методов, но и малоинвазивных методов оперативного лечения (внутрипросветные эндоскопические и лапароскопические) больных с НЭПО ВОПТ.

У 76 неоперированных больных с неэпителиальными новообразованиями ВОПТ изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения в течение от 1 года до 15 лет, что составило 58,5% от общего числа неоперированных пациентов (n-130).

Большинство больных наблюдались по поводу лейомиомы – 22 (29,0%), остальные по поводу: воспалительного фиброзного полипа – 16 (21,0%), липомы – 16 (21,0%), фибромы – 11 (14,5 %), фибролипомы – 5 (6,6%), ГИСО – 4 (5,3%), ангиофибромы – 1 (1,3%) и лимфосаркомы – 1 (1,3%). У 63 неоперированных пациентов диаметр опухоли не превышал 1,5 см, средний диаметр новообразований остальных 13 больных составил $3,8 \text{ см} \pm 1,4$.

Результаты наблюдения и обследования в течение 1-2 лет получены у 19 неоперированных пациентов с НЭПО ВОПТ. В 14/19 (73,6%) наблюдениях динамики роста ранее выявленных новообразований и признаков прогрессирования заболевания не зафиксировано. Новых образований ВОПТ также не обнаружено. В 5 (26,3%) наблюдениях отмечено увеличение размеров ранее выявленной опухоли. Из них у 1 пациентки верифицирован значительный рост опухоли (с 0,9 см до 2,0 см), потребовавший выполнения оперативного вмешательства, выполнена ЛСК парциальная резекция желудка, гистологически и иммуногистохимически верифицирована лейомиома желудка, в последующие 4 года данных за рецидив опухоли не выявлено. Подобное наблюдение свидетельствует о необходимости мониторинга за неоперированными больными с НЭПО, несмотря на отсутствие или низкий потенциал злокачественности и диаметр меньше 1,5 см.

Спустя 2-5 лет после выписки из стационара получены результаты наблюдения у 26/76 (34,2%) неоперированных больных. За данный период наблюдения в результате регулярных контрольных обследований через каждые 6-12 месяцев у всех 26 пациентов данных за прогрессирование заболевания, увеличения размеров ранее выявленной опухоли ВОПТ не было зафиксировано.

Через 5-10 лет после выписки из стационара изучены отдаленные результаты лечения у 22/76 (29,0%) неоперированных пациентов. За указанный период наблюдения при контрольной ЭГДС у 21 больного не был зафиксирован рост ранее выявленных опухолей, у одной пациентки отмечен умеренный рост опухоли. При дополнительном исследовании (УЗИ, КТ брюшной полости и малого таза) данных за прогрессирование заболевания не выявлено.

Спустя более 10 лет после выписки из стационара получены результаты наблюдения у 9/76 (11,8%) неоперированных больных с НЭПО ВОПТ, данных за

прогрессирование опухоли и появление нового новообразования у всех обследованных пациентов не выявлено.

Осложненное течение НЭПО в виде рецидива кровотечения из новообразования у неоперированных больных зафиксировано у 2 (2,6%) из 76 обследованных пациентов, что составило 22,2% (2/9) от общего числа неоперированных больных, ранее поступавших в стационар с кровоточащей опухолью (рисунок 6).



Рисунок 6 - ЭГДС больной С. с неэпителиальной опухолью желудка (ГИСО): по большой кривизне желудка визуализируется НЭПО с участком изъязвления слизистой оболочки – источник перенесенного кровотечения.

Подобного рода неоднократные рецидивы кровотечения из опухоли у неоперированных пациентов с кровоточащими НЭПО желудка, выявленные во время наблюдения после выписки из стационара, свидетельствуют о необходимости их своевременного оперативного лечения.

Таким образом, среди неоперированных больных с НЭПО ВОПТ у 70/76 (92,1%) пациентов данных за рост ранее выявленных опухолей и прогрессирование заболевания не выявлено.

Вновь возникшие образования в различные сроки выявлены у 4,4% (9/201) пациентов, причем в 7,6% (6/78) наблюдений - после малоинвазивного удаления неэпителиальных новообразований. В основном данные новообразования были представлены гиперпластическими полипами малых размеров с локализацией в области послеоперационного рубца или вне его пределов, не имеющие связи с первично выявленными НЭПО. В одном наблюдении в культе желудка после его субтотальной резекции по Бальфуру по поводу кровоточащей капиллярной гемангиомы обнаружена низкодифференцированная аденокарцинома, что послужило показанием для экстирпации культы.

Прогрессирующее течение заболевания в различные сроки после выписки из стационара зафиксировано у 3,4% (7/201) больных, из них 3/125 (2,4%) - перенесшие оперативные вмешательства и 4/76 (5,2%) - получившие консервативное лечение. Стоит отметить, что все 3 пациента были оперированы в экстренном порядке по

жизненным показаниям по поводу крупной гастроинтестинальной стромальной опухоли желудка, осложненного ЖКК, с прорастанием в печень (1), поджелудочную железу (1) и поперечную ободочную кишку (1). Прогрессирование заболевания было зафиксировано через 6, 12 и 72 месяца после оперативного вмешательства. Среди неоперированных пациентов (4) в двух наблюдениях через 3 месяца и у одного больного спустя 6 месяцев после выписки из стационара зафиксировано прогрессирование заболевания, послужившее причиной их смерти, у данных пациентов при первичном поступлении в стационар были выявлены распадающиеся ГИСО (2) и лимфосаркома (1) желудка, с метастазами в печени и развитием асцита, в связи с чем оперативное лечение не проводилось за счет тяжелого состояния больных, высокого операционно-анестезиологического риска и IV стадии заболевания. У одного пациента через 1 год после выписки из стационара отмечен незначительный рост образования, при последующем наблюдении (в течение 2 лет от начала наблюдения) динамики опухолевого роста не выявлено, жалоб не предъявляет.

За весь период наблюдения летальный исход зафиксирован у 24 (11,9%) из 201 обследованных нами пациентов. Прогрессирующее течение заболевания стало причиной смерти в 6 наблюдениях, остальные 18 больных скончались в результате других заболеваний, не связанные с неэпителиальными опухолями.

Таким образом, динамическое наблюдение за больными в ближайшем и отдаленном периоде после оперативного вмешательства позволило вовремя обнаружить рецидив НЭпО (0,8%), что дало возможность своевременно осуществить успешное повторное хирургическое лечение. За счет мониторинга неоперированных больных удалось констатировать рост опухоли (1,5%) потребовавшей выполнения оперативного вмешательства, а также в 22,2% наблюдениях выявить рецидив кровотечения из опухоли и выполнить адекватный эндоскопический гемостаз.

Наиболее эффективным направлением улучшения результатов лечения пациентов с НЭпО ВОПТ является дальнейшее усовершенствование современных методов диагностики и лечения, а также оптимизация алгоритма послеоперационного ведения подобных больных.

ВЫВОДЫ

1. Усовершенствованный алгоритм ведения больных с неэпителиальными опухолями в отдаленном периоде позволяет объективно оценить состояние пациентов и своевременно выявить возможный рецидив или прогрессирование заболевания. Частота и сроки проведения контрольных исследований зависят от потенциала злокачественности опухоли.

2. Проведение эффективного комплексного гемостаза при осложненном течении неэпителиальных опухолей позволило выполнить 91,8% оперативных вмешательств после полного дообследования и адекватной предоперационной подготовки больного, а также выбрать оптимальный срок и метод операции, о чем свидетельствуют благоприятные отдаленные результаты.

3. В группе неоперированных больных с кровоточащими неэпителиальными новообразованиями у 22,2% пациентов в срок от 1 года до 7 лет зафиксированы повторные эпизоды кровотечения, что доказывает необходимость оперативного лечения в этой группе больных.

4. Неосложненное течение заболевания и низкий потенциал злокачественности неэпителиальных опухолей позволяет наблюдать подобных больных с ежегодными контрольными обследованиями, поскольку лишь у 1,4% пациентов этой группы в отдаленном периоде зафиксирован рост опухоли, потребовавший выполнения оперативного вмешательства.

5. Отсутствие летальности и минимальное число рецидивов (1,2%) после малоинвазивных операций в отдаленном периоде свидетельствуют об обоснованном включении этих вмешательств в алгоритм лечения пациентов с неэпителиальными новообразованиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Абсолютным показанием к оперативному лечению необходимо считать неэпителиальные опухоли верхних отделов желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением. Указанным пациентам следует выполнять оперативные вмешательства после комплексного гемостаза, дообследования и предоперационной подготовки.

2. Эндосонография имеет важнейшее значение при определении тактики лечения, изучении рецидивов заболевания и является обязательным компонентом диагностики у больных с неэпителиальными опухолями.

3. Пациентам с неэпителиальными новообразованиями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки диаметром менее 1,5 см, с низким потенциалом злокачественности рекомендовано динамическое наблюдение.

4. Больным с неэпителиальными опухолями диаметром более 5 см, а также при осложненном течении заболевания рекомендуется выполнение традиционных хирургических вмешательств. При диаметре опухоли менее 5 см и ее локализации в мышечном слое стенки органа следует выполнять лапароскопические операции. Эндоскопические внутрипросветные операции целесообразно выполнять при росте опухоли из мышечной пластинки слизистой оболочки или из подслизистого слоя и ее диаметре не более 5 см.

5. Пациентам, оперированным по поводу доброкачественных неэпителиальных опухолей, а также гастроинтестинальных стромальных опухолей с очень низким и низким потенциалом злокачественности, контрольные исследования необходимо проводить ежегодно, при гастроинтестинальных стромальных опухолях с промежуточным и высоким потенциалом злокачественности каждые 6 месяцев.

6. Больным, оперированным по поводу гастроинтестинальной стромальной опухоли с промежуточным и высоким потенциалом злокачественности, после паллиативных операций и при рецидиве опухоли следует назначать таргетную терапию иматинибом в дозировке 400 мг в сутки на протяжении 3 лет под наблюдением онколога с последующим решением вопроса о дальнейшей тактике.

7. В группе неоперированных больных при нерезектабельной гастроинтестинальной стромальной опухоли или метастатической болезни показана таргетная терапия иматинибом с оценкой эффективности терапии каждые полгода.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Эрناзаров, Э.Э. Оперативное лечение больных с гастроинтестинальной стромальной опухолью желудка/ С.Г. Шаповальянц, Р.В. Плахов, А.И. Михалев, Е.Д. Фёдоров, Л.М. Михалева, З.В. Галкова, Э.Э. Эрназаров, Е.В. Горбачев// **Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова.**– 2016.- №7.– С.23-29.

2. Эрнazarов, Э.Э. Новые оперативные методики удаления подслизистых опухолей пищевода и желудка/ С.Г. Шаповальянц, Р.В. Плахов, Е.Д. Фёдоров, Е.В. Горбачев, О.И. Юдин, З.В. Галкова, С.А. Будзинский, Е.В. Иванова, Э.Э. Эрнazarов// Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ.- 2017.- №1.- С.1421-1422.

3. Эрнazarов, Э.Э. Отдаленные результаты оперативного лечения больных с гастроинтестинальными стромальными опухолями желудка/ С.Г. Шаповальянц, Р.В. Плахов, А.И. Михалев, Е.Д. Фёдоров, Л.М. Михалева, Е.В. Горбачев, Э.Э. Эрнazarов// Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ.- 2017.- №1.- С.1461-1462.

4. Ernazarov, E.E. Immediate and long-term results of endoscopic surgery for submucosal of the upper gastrointestinal tract/ S.G. Schapovalyantz, R.V. Plakhov, E.D. Fedorov, E.V. Gorbachev, M.E. Timofeev, O.I. Yudin, Z.V. Galcova, S.A. Budzinsky, E.V. Ivanova, E.V. Guseva, E.E. Ernazarov// ENDO 2017 – world congress of GL Endoscopy.- 2017.- №29, S1.- P.102.

5. Ernazarov, E.E. Long-Term Results of Transabdominal and Intraluminal Interventions for Submucosal Tumors of the Upper GI Tract/ S.G. Shapoval'yants, E.D. Fedorov, R.V. Plakhov, A.I. Mikhalev, L.M. Mikhaleva, E.V. Gorbachev, E.E. Ernazarov// Korea International Digestive Endoscopy Congress for Globalization of IDEN. KIDEC.- 2018.- P.131-132.

6. Эрнazarов Э.Э. Технические особенности эндоскопического удаления неэпителиальных опухолей желудка и двенадцатиперстной кишки/ Р.В. Плахов, С.Г. Шаповальянц, Е.Д. Фёдоров, Е.В. Горбачев, Э.Э. Эрнazarов, М.В. Бордииков// **Эндоскопическая хирургия.-2019.-№2.- С.40-46.**