

## РЕЦИДИВНЫЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ. ОПЕРИРОВАТЬ ИЛИ НЕТ?

© Д.И. Василевский, Г.Т. Бечвая, А.М. Ахматов, А.Ю. Корольков, А.А. Смирнов, М.М. Кирильцева, Л.И. Давлетбаева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

*Для цитирования:* Василевский Д.И., Бечвая Г.Т., Ахматов А.М., Корольков А.Ю., Смирнов А.А., Кирильцева М.М., Давлетбаева Л.И. Рецидивные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Оперировать или нет? // Педиатр. – 2020. – Т. 11. – № 5. – С. 31–35. <https://doi.org/10.17816/PED11531-35>

Поступила: 14.09.2020

Одобрена: 14.10.2020

Принята к печати: 23.10.2020

Повторное возникновение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы после оперативного лечения является наиболее серьезной и далекой от решения проблемой данной области хирургии. Обоснованность и эффективность хирургического лечения рецидивных грыж пищеводного отверстия диафрагмы остается предметом клинических исследований и научной дискуссии. Основная проблема подобных вмешательств – это сложность устранения анатомических или функциональных факторов, лежащих в основе неудачи первичной операции. Изложенные положения определяют необходимость дальнейших поисков решения проблемы. В период с 2015 по 2020 г. хирургическое лечение проходил 61 пациент с рецидивной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Показаниями к операции стали рефрактерный к медикаментозной терапии гастроэзофагеальный рефлюкс или анатомические изменения, несущие риск развития угрожающих жизни состояний. В 58 (95,1 %) случаях хирургическое вмешательство было осуществлено лапароскопически, в 3 (4,9 %) – через левостороннюю торакотомию. В 54 (88,5 %) случаях удалось выполнить полное восстановление нормальной анатомии с пластикой хиатального отверстия протезирующим материалом. В 7 (11,5 %) случаях при укорочении пищевода фундопликационная манжета создавалась в грудной полости, а пластика хиатального отверстия осуществлялась только собственными тканями. Осложнения имели место в 11 (18,0 %) случаях (7 – пневмоторакс, 2 – кровотечение, 2 – перфорация полого органа). Отдаленные результаты (12–48 мес.) оценены у 57 (93,4 % оперированных) человек. Повторный рецидив хиатальной грыжи диафрагмы выявлен в 6 (10,5 %) случаях. В 44 (77,2 %) наблюдениях документировано естественное анатомическое положение органов брюшной полости. У 7 (12,3 %) пациентов, со сформированной в грудной клетке фундопликационной манжетой, констатировано ее первоначальное положение.

**Ключевые слова:** рецидивные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; хирургическое лечение; антирефлюксная хирургия.

## RECURRENT HIATAL HERNIAS. TO OPERATE OR NOT?

© D.I. Vasilevsky, G.T. Bechva, A.M. Ahmatov, A.Yu. Korolkov, A.A. Smirnov, M.M. Kiriltseva, L.I. Davletbaeva

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia

*For citation:* Vasilevsky DI, Bechva GT, Ahmatov AM, Korolkov AYU, Smirnov AA, Kiriltseva MM, Davletbaeva LI. Recurrent hiatal hernias. To operate or not? *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2020;11(5):31-35. <https://doi.org/10.17816/PED11531-35>

Received: 14.09.2020

Revised: 14.10.2020

Accepted: 23.10.2020

The recurrence of a hiatal hernia after surgical treatment is the most serious and far from resolved problem in this area of surgery. The validity and effectiveness of surgical treatment of recurrent hiatal hernia of the diaphragm remains the subject of clinical research and scientific discussion. The main problems of such interventions are the difficulty of eliminating the anatomical or functional factors that underlie the failure of the primary operation. The stated provisions determine the need for further searches for a solution of this problem. In the period from 2015 to 2020, 61 patients with recurrent hernia of the gastrointestinal orifice of the diaphragm underwent surgical treatment. Indications for the operation were gastroesophageal reflux refractory to drug therapy or anatomical changes that carry the risk of developing life-threatening conditions. In 58 (95.1%) cases, surgery was performed laparoscopically, in 3 (4.9%) – through left-side thoracotomy. In 54 (88.5%) cases, complete restoration of normal anatomy with closure of the hiatal opening with prosthetic material is performed. In 7 (11.5%) cases, when the esophagus was shortened, the fundoplication cuff was created in the chest cavity, and the hiatal opening was performed only with its own tissues. Complications occurred in 11 (18.0%) cases (7 – pneumothorax, 2 – bleeding, 2 – perforation of a hollow organ). Long-term results (12-48 months) were evaluated in 57 (93.4% of operated) people. Repeated recurrence of hiatal hernia of the diaphragm was detected in 6 (10.5%) cases. In 44 (77.2%) cases,

the natural anatomical position of the abdominal organs was documented. In 7 (12.3%) patients, with a fundoplication cuff formed in the chest, its initial position was ascertained.

**Keywords:** recurrent hiatal hernias; surgical treatment; antireflux surgery.

## ВВЕДЕНИЕ

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (хиатальные грыжи) относятся к наиболее распространенным вариантам нарушения висцеральной анатомии. Показаниями к хирургическому лечению данной патологии в настоящее время являются не поддающийся медикаментозной терапии гастроэзофагеальный рефлюкс (при хиатальных грыжах I и III типов) или нарушения транспорта пищи или кишечного содержимого (при грыжах II–IV типов) [1, 9, 10, 12].

Нерешенной проблемой данной области практической медицины считается высокая частота повторного смещения органов брюшной полости в грудную клетку. По данным различных проспективных исследований рецидив заболевания отмечается в 20–40 % случаев [1, 9, 10, 12].

Основные причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы — это большие (свыше 5 см) размеры хиатального отверстия, механическая слабость формирующих его мышечных ножек, а также укорочение пищевода (подтягивающего желудок, а вслед за ним и другие органы брюшной полости в средостение) [1–4, 9, 10, 12].

Для коррекции анатомических предпосылок повторного возникновения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и повышения долгосрочной эффективности хирургического лечения данной патологии предложен целый арсенал технических приемов и методик: использование протезирующих материалов или круглой связки печени для коррекции размеров хиатального отверстия, фиксация желудка к передней брюшной стенке (гастропексия), увеличение длины пищевода за счет выкраивания трубки из желудка и ряд других способов. Все перечисленные методики имеют свои достоинства и недостатки, показания и противопоказания к применению и в целом позволяют снизить вероятность развития рецидива заболевания. Однако не исключают его полностью, оставляя проблему нерешенной [1, 6, 9–12].

Целесообразность повторных оперативных вмешательств при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы остается предметом дискуссии на протяжении всего времени существования данной области хирургии. Основной проблемой ревизионных операций является сложность устранения анатомических и физиологических факторов, лежащих в основе

повторного смещения органов брюшной полости в грудную клетку. Важна и техническая сложность подобных вмешательств, определяющая более высокий риск серьезных, в том числе угрожающих жизни, осложнений. Все перечисленные условия в итоге и определяют высокую частоту неудовлетворительных результатов хирургического лечения рецидивных хиатальных грыж, достигающую в отдельных исследованиях 70–90 % [2, 4, 5, 7, 8, 12].

Изложенные положения определяют необходимость дальнейшего поиска подходов к решению данной проблемы.

*Целью исследования* было оценить целесообразность оперативного лечения рецидивных грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с января 2015 по март 2020 г. в клинике кафедры факультетской хирургии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова проходили обследование и лечение 69 пациентов с рецидивными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Большинство (65 человек) были оперированы ранее в других клиниках Санкт-Петербурга и России. Четверо перенесли первичное хирургическое вмешательство в клиниках ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Период времени от первой операции до момента выявления рецидива заболевания варьировал от полугода до 12 лет.

Клинические проявления повторного возникновения хиатальной грыжи представлены пищеводными и внепищеводными симптомами гастроэзофагеального рефлюкса (изжога, отрыжка, чувство горечи во рту, изменения голоса, хронический кашель) или признаками нарушения транспорта пищи (боль за грудиной или в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, одинофагия, дисфагия).

Основной инструментальный метод доказательства повторного смещения желудка в средостение — рентгенография верхних отделов пищеварительного тракта с  $\text{BaSO}_4$ . Для оценки изменений слизистой оболочки пищевода и желудка выполнялось эндоскопическое исследование. Гастроэзофагеальный рефлюкс подтверждался (исключался) на основании 24-часового импеданса pH-метрии пищевода. Оценка сократительной активности органа проводилась с помощью эзофагоманометрии высокого разрешения.

Пациентам с клиническими симптомами нарушения, независимо от данных рентгенографии, выполнялась спиральная компьютерная томография с водорастворимым контрастным веществом для подтверждения (исключения) анатомических нарушений, несущих риск развития угрожающих жизни состояний (острой обструкции, заворота и некроза смещенного в грудную полость желудка или других полых органов). Критерием подобных изменений являлось формирование «желудочного клапана» — ротации части органа с нарушением эвакуации содержимого из одного отдела в другой или наличие петель тонкой или толстой кишки в грыжевом выпячивании.

Показания к повторному вмешательству рассматривались с позиций физиологии и функциональной анатомии верхних отделов пищеварительного тракта: наличие рефрактерных к медикаментозной терапии клинических проявлений заболевания (гастроэзофагеальный рефлюкс), нарушение транспорта пищи или риск развития острых изменений содержимого грыжевого выпячивания («желудочный клапан», петли кишки).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У 8 (11,6 %) пациентов с рецидивными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, поддающимся фармакологической терапии гастроэзофагеальным рефлюксом, отсутствием нарушения транспорта пищи и анатомических изменений, несущих риск развития угрожающих жизни осложнений, повторное хирургическое вмешательство было признано необоснованным.

Рефрактерный к консервативному лечению желудочно-пищеводный заброс (смешанного или щелочного типа) был показанием к ревизионной операции у 35 (50,7 %) пациентов. В 25 (36,2 %) случаях необходимость повторного хирургического вмешательства была обусловлена нарушением транспорта пищи через смещенный в средостение желудок, в одном (1,4 %) — дислокацией в грудную полость через хиатальное отверстие петель тонкой кишки.

В 58 (95,1 % всех повторно оперированных пациентов) случаях хирургическое вмешательство было осуществлено лапароскопически, в 3 (4,9 %) — при выраженном спаечном процессе в брюшной полости, препятствовавшем безопасному выполнению операции, через левостороннюю торакотомия. Независимо от доступа методология ревизионных вмешательств всегда предполагала устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и выполнение антирефлюксной реконструкции.

В 54 (88,5 %) случаях удалось выполнить полное восстановление нормальной анатомии. У дан-

ной группы пациентов для снижения риска повторного рецидива заболевания пластику хиатального отверстия всегда проводили с применением протезирующего материала (укрепление предварительно сшитых ножек диафрагмы полипропиленовым сетчатым имплантатом по методике mesh-reinforce). В 7 (11,5 %) случаях при укорочении пищевода (длине его абдоминального отдела менее 2 см) фундопликационная манжета изначально создавалась в грудной полости. В подобных ситуациях пластика хиатального отверстия осуществлялась только собственными тканями для предотвращения контакта кромки протеза со стенкой пищевода или желудка, несущего риск развития тяжелых осложнений.

Осложнения в ходе повторного хирургического вмешательства имели место только при лапароскопическом доступе и отмечались у 11 (18,0 %) пациентов, у 7 (11,4 %) — развился пневмоторакс, у 2 (3,3 %) — кровотечение и у 2 (3,3 %) — перфорация полого органа (по одному разу пищевода и желудка). Все указанные осложнения были распознаны и устранены в ходе хирургического вмешательства, не изменив его тактики.

Средняя продолжительность операции составила 190 мин, средний койко-день — 14 сут. Частота отсроченных побочных эффектов, характерных для данного типа операций (транзиторной дисфагии, нарушения механизмов отрыжки и рвоты, метеоризма), составила 28,3 %. У всех пациентов данные явления регрессировали самостоятельно в течение 4–8 нед.

Отдаленные результаты в срок от 12 до 48 мес. с помощью инструментальных методов исследования были оценены у 57 (93,4 % всех оперированных) человек.

Повторный рецидив хиатальной грыжи диафрагмы выявлен в 6 (10,5 % пациентов с изученными отдаленными результатами) случаях. У всех пациентов данной группы констатировано смещение гастроэзофагеального перехода в средостение без признаков нарушения транспорта пищи. В двух случаях клинические проявления рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы отсутствовали, в четырех возобновились симптомы желудочно-пищеводного заброса, имевшиеся до повторной операции.

В 44 (77,2 %) наблюдениях документировано естественное анатомическое положение органов брюшной полости, отсутствие клинических и инструментальных признаков патологии верхних отделов пищеварительного тракта.

У 7 (12,3 %) пациентов, со сформированной в грудной клетке фундопликационной манжетой,

констатировано ее первоначальное положение. У одного человека данной группы сохранились минимальные проявления гастроэзофагеального рефлюкса, имевшиеся до повторной операции.

Многие аспекты хирургического лечения рецидивных грыж пищеводного отверстия диафрагмы стали предметом обсуждения. До настоящего времени отсутствуют общепринятые взгляды на показания к повторным операциям при данном виде патологии. Нерешенными вопросами ревизионных операций при хиатальных грыжах остаются их техническая сложность и недостаточно хорошие отдаленные результаты лечения.

Представленный в работе анализ позволяет считать обоснованными показаниями к повторному хирургическому лечению рецидивных грыж пищеводного отверстия диафрагмы рефрактерный к консервативной терапии гастроэзофагеальный рефлюкс или анатомические нарушения, вызывающие или несущие риск развития угрожающих жизни острых состояний.

Полученные в исследовании результаты подтверждают более высокую частоту интраоперационных осложнений повторных оперативных вмешательств при хиатальных грыжах. Однако рациональный выбор хирургического доступа, своевременное выявление и устранение возникших погрешностей позволяют добиться хорошего непосредственного результата.

Предложенная дифференцированная хирургическая тактика, подразумевающая полное восстановление естественной анатомии с укреплением ножек диафрагмы протезирующим материалом при нормальной длине пищевода, и формирование фундопликационной манжеты в средостении с пластикой хиатального отверстия только собственными тканями при укорочении пищевода позволяют добиться сопоставимых с первичными операциями отдаленных результатов.

## Выводы

1. Показания к хирургическому лечению рецидивных грыж пищеводного отверстия диафрагмы должны основываться на особенностях нарушения функции и анатомии верхних отделов пищеварительного тракта, учитывать возможность и коррекции консервативными методами. Повторные оперативные вмешательства при данной патологии показаны при наличии рефрактерного к фармакологической терапии гастроэзофагеального рефлюкса или возникновении анатомических нарушений, несущих риск развития угрожающих жизни состояний.

2. Повторные хирургические вмешательства при рецидивных грыжах пищеводного отверстия

диафрагмы представляются технически сложными. Частота значимых интраоперационных осложнений составляет 6,6 %.

3. Своевременное выявление и устранение возникших осложнений не влияют на непосредственный и отдаленный результат лечения.

4. Выбор тактики хирургического вмешательства при рецидивных хиатальных грыжах должен определяться в зависимости от особенностей анатомических изменений. При укорочении пищевода показано формирование фундопликационной манжеты в средостении с пластикой хиатального отверстия только собственными тканями. При нормальной длине пищевода возможно полное восстановление естественной анатомии с укреплением ножек диафрагмы полимерным протезом.

5. Ревизионные хирургические вмешательства при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы позволяют добиться хороших отдаленных результатов в 89,5 % случаев.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Василевский Д.И., Дворецкий С.Ю., Тарбаев И.С., Ахматов А.М. Пути повышения эффективности хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2018. – Т. 177. – № 6. – С. 16–19. [Vasilevsky DI, Dvoretzky SYu, Tarbaev IS, Ahmatov AM. Problems and ways of improving the efficiency of surgical treatment of hiatal herniae. *Grekov's bulletin of surgery*. 2018;177(6):16–19. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2018-177-6-16-19>.
2. Луцевич О.Э., Галямов Э.А., Ерин С.А., и др. Лапароскопическая рефундопликация или 63 месяца без изжоги // Московский хирургический журнал. – 2017. – № 2. – С. 18–24. [Lutsevich OE, Gallyamov EA, Erin SA, et al. Laparoskopicheskaya refundoplikatsiya ili 63 mesyatsa bez izzhogi. *Moscow Surgical Journal*. 2017;(2):18-24. (In Russ.)]
3. Федоров В.И., Бурмистров М.В., Сигал Е.И., и др. Анализ повторных и реконструктивных операций у пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Эндоскопическая хирургия. – 2016. – Т. 22. – № 6. – С. 3–6. [Fedorov VI, Burmistrov MV, Sigal EI, et al. Analysis of repeated and reconstructive surgeries in patients with hiatal hernia. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2016;22(6):3-6. (In Russ.)]
4. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П. Хирургическое лечение больных с приобретенным коротким пищеводом // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – Т. 6. – № 1. – С. 28–35. [Chernousov A., Horobrih T., Vetshev F. Surgical treatment of patients with acquired short esophagus. *Vestnik Natsional'nogo medicokhirur-*

- gicheskogo Tsentra im. N. I. Pirogova*. 2011;6(1):28-35. (In Russ.)]
- Celasin H, Genc V, Celik SU, Turkcapar AG. Laparoscopic revision surgery for gastroesophageal reflux disease. *Medicine*. 2017;96:1-5. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005779>.
  - Daigle C, Funch-Jensen P, Calatayud D. Laparoscopic repair of paraesophageal hernia with anterior gastropexy: a multicenter study. *Surg. Endosc*. 2015;29(7):1856-1861. <https://doi.org/10.1007/s00464-014-3877-z>.
  - Frantzides C, Carlson M, Loizides S, et al. Hiatal hernia repair with mesh: a survey of SAGES members. *Surg. Endosc*. 2010;24(5):1017-1024. <https://doi.org/10.1007/s00464-009-0718-6>.
  - Frantzides C, Madan A, Carlson M, et al. Laparoscopic Revision of Failed Fundoplication and Hiatal Herniorrhaphy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2009;19:135-139. <https://doi.org/10.1089/lap.2008.0245>.
  - Granderath F, Kamolz T, Pointner R. Gastroesophageal reflux disease. Springer-Verlag, Wien; 2006. 320 p.
  - Higashi S, Nakajima K, Tanaka K, et al. Laparoscopic anterior gastropexy for type III/IV hiatal hernia in elderly patients. *Surg Case Rep*. 2017;3:1-6. <https://doi.org/10.1186/s40792-017-0323-1>.
  - Kohn G, Price R, Demeester S, et al. Guidelines for the Management of Hiatal Hernia. SAGES; 2013. 26 p.
  - Memon M. Hiatal Hernia Surgery. Springer International Publishing AG; 2018. 309 p.

## ◆ Информация об авторах

*Дмитрий Игоревич Василевский* – д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии. ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: [vasilevsky1969@gmail.com](mailto:vasilevsky1969@gmail.com).

*Георгий Тенгизович Бечвая* – ассистент, кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии им. М.Г. Привеса. ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: [donvito1@mail.ru](mailto:donvito1@mail.ru).

*Ахмат Магомедович Ахматов* – врач-хирург, НИИ хирургии и неотложной медицины. ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: [akhmatov-akhmat@mail.ru](mailto:akhmatov-akhmat@mail.ru).

*Андрей Юрьевич Корольков* – д-р мед. наук, руководитель отдела общей и неотложной хирургии НИИ хирургии и неотложной медицины, доцент кафедры госпитальной хирургии № 1. ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: [korolkov.a@mail.ru](mailto:korolkov.a@mail.ru).

*Александр Александрович Смирнов* – канд. мед. наук, руководитель отдела эндоскопии НИИ хирургии и неотложной медицины, доцент кафедры госпитальной хирургии № 2. ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Санкт-Петербург. E-mail: [smirnov-1959@yandex.ru](mailto:smirnov-1959@yandex.ru).

*Майя Михайловна Кирилтсева* – врач-эндоскопист. ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: [kiriltseva@mail.ru](mailto:kiriltseva@mail.ru).

*Лейсан Индусовна Давлетбаева* – врач-эндоскопист. ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Санкт-Петербург. E-mail: [davletbaeva-leysan-i@yandex.ru](mailto:davletbaeva-leysan-i@yandex.ru).

## ◆ Information about the authors

*Dmitry I. Vasilevsky* – MD, PhD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head Department of Psychiatry and Addiction. St. Petersburg State Pediatric Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [egodoe@yandex.ru](mailto:egodoe@yandex.ru).

*Georgiy T. Bechvaya* – Assistant Professor, Clinical Anatomy and Operative Surgery Department. Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [donvito1@mail.ru](mailto:donvito1@mail.ru).

*Akhmat M. Akhmatov* – Surgeon, Surgery and Emergency Medicine Research Institution. Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [akhmatov-akhmat@mail.ru](mailto:akhmatov-akhmat@mail.ru).

*Andrey Yu. Korolkov* – MD, PhD, Dr. Sci. (Med.), Head, Dept. of General and Emergency Surgery, Surgery and Emergency Medicine Research Center, Association Professor. Department of Hospital Surgery No. 1. Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [korolkov.a@mail.ru](mailto:korolkov.a@mail.ru).

*Alexander A. Smirnov* – MD, PhD, Head, Endoscopic Department, Surgery, Surgery and Emergency Medicine Research Center, Association Professor of Department of Hospital Surgery No. 2. Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [smirnov-1959@yandex.ru](mailto:smirnov-1959@yandex.ru).

*Maya M. Kiriltseva* – MD, Endoscopy Physician. Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [kiriltseva@mail.ru](mailto:kiriltseva@mail.ru).

*Leysan I. Davletbaeva* – MD, Endoscopy Physician. Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [davletbaeva-leysan-i@yandex.ru](mailto:davletbaeva-leysan-i@yandex.ru).