

Рис. 4. А: Маркування неоплазії 0-Іс; В: Формування циркулярного розрізу ножем «hook knife» проведена дисекція у підслизовому шарі ножем «IT knife»; С: Пострезекційний дефект слизової оболонки; D: макропрепарат видаленого єдиним блоком раннього раку шлунка.

Після виключення інвазії у м'язовий шар прийнято рішення про видалення неоплазії одним, цілим блоком, методом ESD. Для проведення підслизової дисекції проведено демаркаційну лінію між патологічною слизовою та слизовою без патологічних змін (рис. 4 а). Через інжектор введено фізіологічний розчин NaCl забарвлений індігокарміном 0,3% у кількості 0,1мл. на 100 мл. розчину. Сформовано підслизову подушку ділянки слизової яка підлягає ендоскопічному видаленню. Під час проведення циркулярного розрізу ножем «hook knife», по лівому контуру відкрилась кровотеча. Нами було проведено гемостатичні заходи, а саме коагуляція судини інструментом *Coagrasper* (шипіл для захвату судини та її коагуляції) та аргоноплазма коагуляція. Кровотечу було зупинено та проведено підслизове препарування ножем «IT knife» (рис. 4 б). Після відшарування патологічної слизової оболонки від підслизової основи утворився пострезекційний дефект слизової оболонки (рис. 4 с). Резектовану ділянку слизової видалено назовні для

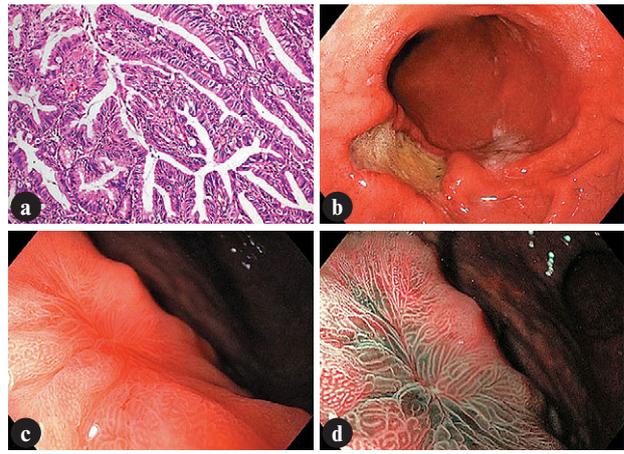


Рис. 5. А: Гістологічний препарат — високодиференційована аденокарцинома; В: Контроль пострезекційної ділянки через 7 днів; С: Контроль через три місяці у білому світлі при близькому фокусі; D: Через три місяці в режимі NBI при близькому фокусі.

гістологічного дослідження (рис. 4 д). Гістологічне дослідження: високодиференційована аденокарцинома (рис. 5 а). Через сім днів був проведений ендоскопічний огляд. На момент огляду відмічається виразковий дефект без ознак кровотечі, із нашаруванням фібрину (рис. 5 б). При огляді через три місяці виразковий дефект слизової оболонки загоївся, слизова у місці видалення має рубцеві зміни та ендоскопічні ознаки хронічного запалення, при огляді у режимі NBI патологічні судини не відмічаються (рис. 5 с, д). Таким чином, огляд у вузькоспектральному світлі розширює можливості діагностичної ендоскопії. Дана методика покращує якість обстеження та дозволяє краще диференціювати мінімальні вогнища дисплазії та отримувати прищільну біопсію. Впровадження методу резекції слизової оболонки з дисекцією у підслизовому шарі, дозволяє проводити органозберігаючі операції при ранньому раку шлунка, значно скорочує ліжко-день та кількість ускладнень.

## ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КАПСУЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЇ — НОВОГО МЕТОДУ ОЦІНКИ СТАНУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Вох В.С., Ступницький А.І., Артюшенко М.Є.

Медичний центр Святої Параскеви, м. Львів, Україна

**Вступ.** Капсульна ендоскопія — сучасний, високоінформативний метод діагностики захворювань ШКТ. На відміну від традиційної ендоскопії огляд ШКТ відеокapsулою відбувається без інсуфляції повітря, в «природних» умовах.

**Мета роботи.** Вивчення можливостей капсульної ендоскопії в діагностиці захворювань різних відділів ШКТ, її достовірність в порівнянні з іншими методами.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилося із застосуванням капсульної системи ОМОМ (*Chongqing Jinshan Science & Technology Group*). Компоненти капсульної системи ОМОМ: інтелектуальна капсула, пояс з антенами і пристроєм запису зображення (рекордер), робоча станція для обробки відео. Відеокapsула проходячи по ШКТ виконує по 2 знімки за секунду і надсилає отриману інформацію на рекордер. Далі відео переноситься на робочу станцію, на якій лікар аналізує записане дослідження і формує клінічний звіт. Дослідження проводились за відсутності явних ознак порушення ковтання, кишкової непрохідності. Підготовка пацієнтів препаратами «Фортранс», «Еспумізан». В 2013 р. було обстежено 10 пацієнтів (в т. ч. 2 жінки), віком 20-63 роки (середній вік 42,7 роки). 9 пацієнтам було проведено езофагогастроудоденоскопію і колоноскопію, інші види діагностичних обстежень. Через 1 і 7 днів після діагностики пацієнтів розпитували по телефону, чи не виникали у них які-небудь побічні реакції.

При поступленні пацієнти висловлювали наступні скарги: хронічний біль в животі — 4 (40%), домішки крові в калі та/або виділення рідкого чорного калу — 4 (40%), проноси — 5 (50%), метеоризм — 2 (20%), виділення слизу — 1 (10%), закрепи — 1 (10%), періодичне підвищення температури тіла до 37,3°C — 1 (10%), зниження маси тіла — 1 (10%). 1 пацієнт звернувся для уточнення рівня виникнення кишкової непрохідності. 1 пацієнт звернувся на скринінгове обстеження тонкого кишківника (в анамнезі часткова резекція тонкого кишківника після травматичного ушкодження).

**Результати.** Діагностовано патологію: еритематозна гастропатія — 1; ерозивна гастропатія — 6; ерозивна дуоденіт — 5; дуодено-гастральний рефлюкс — 2; ерозивний ентерит — 8; ерозивний коліт — 1; стороннє тіло тонкої кишки — 1; GIST здухвинної кишки? — 1; ксантома тонкої кишки — 4; ектазія судин тонкої кишки — 1; гіперплазія лімфатичних фолікулів здухвинної кишки — 4; сповільнення проходження капсули нижче дуоденум — 1 (у пацієнта з КТ ознаками тонкокишкової непрохідності зумовленої внутрішньою лівобічною парадуоденальною кілою (внаслідок зміщення петель тонкого кишківника латеральніше 4-ої частини дуоденум через *Landzert's fossa*); синдром Пейтца-Егерса — 1; шлункова кровотеча? — 1.

## СОВРЕМЕННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Грубник В.В., Дегтяренко С.П., Вортынцева К.О.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

**Введение.** Рак прямой кишки является распространенным заболеванием среди различных стран мира, занимаая 4-5% от общего количества рака и 40-50% от рака колоректальной локализации. Эндоскопическое обнаружение и удаление аденом прямой кишки предотвращает развитие ректального рака, тем самым является единственным надеж-



Рис. 1. Ектазія судин тонкої кишки 16 за Yano-Yamamoto (2008).



Рис. 2. Ерозії товстої кишки.

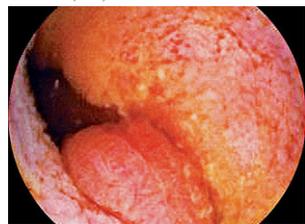


Рис. 3. Поліп тонкої кишки на ніжці.

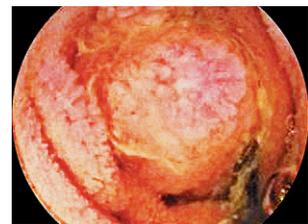


Рис. 4. Поліп тонкої кишки.

Діагностована патологія тонкого кишківника у цій групі складала 90% (9 пацієнтів), у деяких хворих було виявлено комбіновану патологію або ускладнення одного процесу іншим. **Висновок.** На основі порівняння результатів капсульної ендоскопії з даними інших обстежень можна стверджувати про її високу безпечність, достовірність і специфічність.

ним метод профілактики його розвитку. Трансанальна ендоскопічна мікрохірургія (ТЭМ) являється мінімальною інвазивною хірургічною технікою, которая была разработана и предложена немецким хирургом Buess в 1980-х годах. Данная операция выполняется при локализации процесса в средней и верхней части прямой кишки.

**Цель работы.** Изучение результатов и осложнений трансанальных эндоскопических микрохирургических операций при различных патологиях прямой кишки.

**Материалы и методы.** В период с 2009 по 2014 года на базе Одесской областной клинической больницы было проведено сравнительное исследование, включающее 74 пациента которым были выполнены трансанальные эндоскопические микрохирургические операции. При этом у 12 больных до операции был выявлен рак прямой кишки на ранних стадиях (Tis, 1-2N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>), у 16 пациентов после операции по постоянным гистологическим препаратам была выявлена малигнизация, и у остальных 46 пациентов были доброкачественные опухоли прямой кишки. Средний возраст пациентов составил 69 лет. Показаниями к операции были аденомы и ранние стадии рака прямой кишки. При этом у 4-х больных после первичной операции, при контроле от 6 до 12 месяцев, образовывались новые полипы, которые также были удалены с использованием ТЭМ операций. Рак прямой кишки на ранних стадиях (Tis, 1-2N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, I стадия) был выявлен у 29 пациентов.

**Результаты.** Средняя длительность операции составила 60 минут (от 15 до 240 мин.). Конверсия была выполнена у 1 пациента из-за перфорации прямой кишки. Дефект

слизистой удалось восстановить в 27 случаях после полной резекции опухоли. В послеоперационном периоде у 8 пациентов было кровотечение из послеоперационной раны прямой кишки. У 3 пациентов было нагноение послеоперационной раны. При гистологическом исследовании из 74 аденом, малигнизация в высоко дифференцированные аденокарциномы выявлена у 3 пациентов, умереннодифференцированные у 29 пациентов, у остальных пациентов были тубуловорсинчатые аденомы. При наблюдении в сроки от 12 до 60 месяцев было диагностировано 5 случаев рецидивов аденом и 2 рака прямой кишки. При этом средний диаметр удаленной опухоли составил 5 см (от 3 до 12 см).

У больных с ранним раком прямой кишки после иссечения опухоли обязательно проводили адьювантную лучевую и регионарную химиотерапию. От адьювантной лучевой терапии отказались двое больных, и у них наблюдался рецидив заболевания через 26 и 32 месяца.

**Выводы.** Операции ТЭМ являются эффективным радикальным методом лечения доброкачественных опухолей прямой кишки и тщательно отобранных небольших T<sub>1</sub> аденокарцином. Данные операции сопровождаются низким процентом послеоперационных осложнений, с сохранением качества жизни больных.

## ТРУДНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ. ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Грубник В.В., Герасимов Д.В.

Одесский государственный медицинский университет. Одесская областная больница, г. Одесса, Украина

**Вступление.** При поступлении больных с холедохолитиазом, холангитом, механической желтухой перед эндоскопистом стоит задача добиться адекватной декомпрессии желчного дерева в кратчайший срок. Однако одномоментное освобождение холедоха не всегда удается: кровоточивость после папиллотомии затрудняет дальнейшие манипуляции, заставляет их отсрочить; большой размер и количество камней; трудности эндоскопического доступа (атипичное расположение Фатерова соска, расположение его в дивертикуле, состояние после резекции желудка по Б-2, стенозирование привратника и постбульбарных отделов); несоответствие размеров конкремента и пути извлечения (структура ниже расположения конкремента, тубулярное стенозирование дистального отдела холедоха); внутрипеченочный литиаз; плохая переносимость пациентом эндоскопии. При вышеуказанных сложностях приходится прибегать к сочетанному применению малоинвазивных методик.

**Материалы и методы.** Выполнение холангиостомии на первом этапе позволяет устранить желчную гипертензию, снизить уровень желтухи, купировать явления холангита, что ведет к стабилизации состояния больного, позволяет выполнять последующие действия поэтапно и даже в амбулаторном режиме.

Выполненный чрезкожно холангиостомический канал расположен на одной оси с холедохом, обеспечивает свободный доступ ко всем его отделам. Через широкий холангиостомический канал, возможно, введение мощных инструментов для литотрипсии, манипуляции и захват конкрементов возможны даже при плотном обхватахывании конкремента стенками холедоха, плотном заполнении конкрементами просвета. Между сеансами литотрипсии в холедох устанавливался наружно-внутренний стент 15 Fr. Наружный конец стента закрывался пробкой, несколько раз в день производилось промывание холедоха от детрита и фрагментов. Интервал между сессиями литотрипсии составлял от двух дней до двух недель. Фрагменты подходящего диаметра извлекали эндоскопически корзинкой Дормиа после предшествующей папиллотомии. При невозможности эндоскопического доступа, стриктурах, тубулярном стенозе — после баллонной дилатации дистальных отделов, низводили в кишку с помощью баллона, введенного через катетер достаточной жесткости.

Для полного устранения конкрементов потребовалось от двух до четырех сессий литотрипсии с последующим извлечением фрагментов и вымыванием детрита через наружно-внутренний стент. При констатации полного устранения конкрементов, нормализации пассажа желчи в кишку — стент извлекали. После дилатации рубцовой стриктуры, тубулярного стеноза — стент оставляли на срок 0,5-1 год.

**Результаты.** Сочетанные малоинвазивные вмешательства мы выполнили у 63 больных с холедохолитиазом. Среди больных преобладали женщины, возраст больных был от 38 до 87 лет, средний возраст составил 67,7±6,5 лет. Из 63 больных у 39 ранее была выполнена холецистэктомия. У 15 пациентов была интраоперационная травма желчных протоков с формированием рубцовых стриктур. 7 пациентов ранее перенесли реконструктивные операции по поводу травмы желчных протоков с последующим ретензионным. У 14 пациентов на фоне рубцовых стриктур и сужений внепеченочных желчных протоков имелись конкременты во внутрипеченочных желчных протоках.

Чрезкожные вмешательства удалось произвести у всех 63 пациентов. Для удаления конкрементов у 43 пациентов выполнялась механическая литотрипсия антеградно. У всех кроме 2 больных с рубцовыми стриктурами удалось произвести дилатацию и стентирование места сужения. У 9 пациентов после стабилизации состояния успешно произвели холецистэктомию и удаление конкрементов из холедоха. У 52 больных благодаря использованию комбинированных малоинвазивных методик удалось полностью удалить все конкременты из желчных протоков и ликвидировать механическую желтуху. 2 пациента умерли от прогрессирующей печеночной недостаточности, несмотря на адекватное дренирование. Осложнения возникли у 4 из 53 больных: у 2 — подтекание желчи в брюшную полость, у 2 наблюдалась гемобилия. Все осложнения были купированы консервативными мероприятиями.

**Выводы.** Комбинированные малоинвазивные вмешательства создают возможности для оказания помощи больным с холедохолитиазом, являющимся функционально неоперабельными при трудностях традиционного эндоскопического вмешательства, являются высокоэффективными и достаточно безопасными методиками.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРКАСНАЯ НЕНАТЯЖНАЯ ПЛАСТИКА ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НОВЫМ СЕТЧАТЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Грубник В.В., Малиновский А.В., Каташинский О.Ю.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

**Вступление.** Частота рецидивов после существующих на сегодня методик аллопластики гигантских (с площадью пищеводного отверстия диафрагмы (ППОД) более 20 см<sup>2</sup>) грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) достигает 40%.

**Цель работы.** Изучение среднесрочных результатов пластики гигантских грыж с помощью нового трансплантата, основанного на принципе каркасной ненатяжной пластики.

**Материалы и методы.** С ноября 2010 по февраль 2013 гг. по новой методике было прооперировано 44 пациента с гигантскими ГПОД II, III и IV типов. Средняя ППОД составила 37,5±15,6 (21,7-75,4) см<sup>2</sup> (рис. 1). Трансплантат *Rebound HRD-Hiatus hernia* представляет собой облегченную ПТФЭ сетку треугольной формы с вырезкой для пищевода (в форме сердца) размером 5,5×6,0 или 4,5×5,5 см, натянутую на нитиновый каркас с памятью формы (рис. 2). Он фиксировался к краям пищеводного отверстия диафрагмы позади пищевода 3-5 узловыми швами, таким образом обеспечивая реальную ненапряжную пластику (рис. 3). У всех пациентов выполнена фундупликация по Ниссену с фиксацией манжетки к диафрагме таким образом, чтобы избежать прямого контакта трансплантата с пищеводом. Результаты оценивались с помощью 10-балльных визуальных аналоговых шкал, опросника качества жизни *GERD-HRQL*, эндоскопического исследования с оценкой степени рефлюкс-эзофагита по Лос-Анджелесской классификации, рентгенологического исследования, в т. ч. трехмерной рентгенокопии с помощью аппарата для ангиографии (рис. 4), суточного внутрипищеводного pH-мониторинга с расчетом индекса *DeMeester*.

**Результаты.** Среднее время постановки трансплантата составило 24,8±5,6 минут (15-35). Интраоперационных осложнений не было. Средний послеоперационный койко-день составил 5,0±1,5 (1-8) дней. Средне-срочные результаты изучены у 27 пациентов в среднем через 14,1±5,0 (6-24) мес. Анализ симптомов по визуальным аналоговым шкалам до и после операции показал достоверное снижение интенсивности изжоги, болей, дисфагии и внепищеводных симптомов. Качество жизни по шкале *GERD-HRQL* достоверно улучшилось. Рефлюкс-эзофагит стадии LA A и B после операции присутствовал только у 2 больных, в то время как перед операцией он отсутствовал лишь у 9% пациентов. Индекс *DeMeester* и время пассажа бария по пищеводу достоверно снизились. При рентгенологическом обследовании истинных анатомических рецидивов не было. Было обнаружено 2 ложных анатомических рецидива. Имело место 2 симптомных и 1 бессимптомных функциональных рецидива. Длительной функциональной дисфагии и стриктур пищевода не было ни в одном случае.

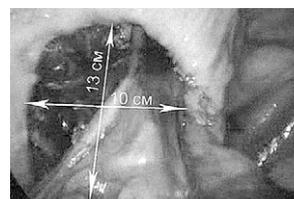


Рис. 1. Грыжевой дефект с ППОД 66 см<sup>2</sup> до пластики.



Рис. 2. Облегченная ПТФЭ сетка с периферическим нитиновым каркасом.



Рис. 3. Фиксация трансплантата.

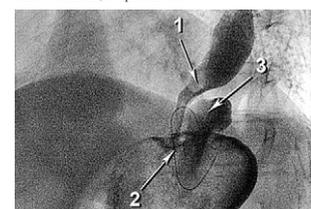


Рис. 4. Оценка анатомических результатов с помощью контрастной 3D-рентгенокопии: 1 — пищевод, 2 — рентгенконтрастный нитиновый каркас трансплантата, расположенный под диафрагмой, 3 — задний участок фундупликационной манжетки, расположенной между трансплантатом и пищеводом.

**Заключение.** При оценке средне-срочных результатов, новая методика характеризуется отсутствием истинных анатомических рецидивов и пищеводных осложнений, и требует дальнейшей разработки и сравнения со стандартными методиками.