

Метою нашого дослідження було порівняння ендоскопічного зображення в режимах високої розподільної здатності, високого збільшення, у вузькому спектрі світла, з хромоскопією і морфологічної картини прецизійно взятих біоптатів у хворих з перераковини захворюваннями СОШ; встановлення показів до ЕРСО.

Матеріали і методи

Дослідження виконане на базі відділення ендоскопії і малоінвазивної хірургії Медичного центру "Універсальна клініка "Оберіг" протягом листопада 2009 р. — березня 2010 р. Ми виконали 272 відеозофагастроуденоскопічних дослідження (ВЕГДС) 215 хворих з диспепсичними скаргами, що були направлені для виконання На базі ми виконали 381 272 хворим з диспепсичними скаргами. Ендоскопічний відеокomплекс Olympus EVIS EXERA II, відеогастроскоп Q-160-Z.

Хворі віком 15-82 років: 36% пацієнтів — від 15 до 35 років, 48% — 36-55 років, 17% — 56 років і старші. Чоловіків було 56%, жінок — 44%. Більшість досліджень (58%) виконані під загальною анестезією (пропофол).

Першим етапом застосовувалося дослідження в білому світлі без збільшення для виявлення видимих змін слизової оболонки. Далі, для детального огляду і прецизійної поліотної біопсії, проводилося дослідження *NBI* високим збільшенням ($\times 115$). Хромоскопія виконана в 117 випадках (43%), в середньому 1,2 методи забарвлення на дослідження. Для забарвлення СОШ ми використовували 3% розчин оцтової кислоти, 2% розчин індигокарміну, 2% розчин метиленовий синій або комбінації оцтової кислоти з індигокарміном. 7% досліджень доповнено використанням ендоскопічної ультрасонографії (ЕСГ). З усіх патологічно змінених ділянок ми брали прецизійну біопсію. Взято 1565 біоптатів СОШ з 1139 зон, в середньому по 5,8 біоптатів на дослідження. З метою розширеної гастробіопсії ми виконували ЕРСО.

Результати

Виявлений характерний ямковий малюнок поверхні СОШ в режимі високого збільшення ми розподілили на п'ять типів: крапковий, повздовжній, ворсинчастий, сітчастий, нечіткий. Крапковий ямки у 92% відповідали фундальному епітелію, повздовжній у 100% — атрофії СОШ (25% дисплазії), ворсинчасті у 98% — металазії (60% ПМ, 38% НМ, 23% дисплазії), сітчасті у 76% — НМ (35% дисплазії), нечіткі у 100% — дисплазії (1 випадок рака).

При гістологічному дослідженні в 74% дослідженнях виявлена атрофія слизової оболонки шлунка (СОШ), з них у 42% — повна (тонкокишкова) металазія (ПМ), у 28% — неповна (товстокишкова) металазія (НМ), у 22% — дисплазія (6,5% — II-III ст.), у 0,5% (1) — рак СОШ.

Ерітематозна гастропатія виявлена в 86% досліджень, яка у 58% випадків відповідала контамінації *H. pylori*, у 9% — поверхневому гастриту, у 19% — хронічному гастриту,

у 72% — хронічному атрофічному гастриту, з них у 67% — металазії слизової оболонки, у 18% — дисплазії слизової оболонки, у 0,4% — раку шлунка. Папульозна гастропатія відповідала хронічному атрофічному гастриту (ХАГ) у 73%, ПМ — у 37%, НМ — 27%, дисплазія — 35%. Ерозивна гастропатія відповідала: ХАГ — у 67%, ПМ — у 28%, НМ — у 21%, дисплазія — 6%. Ксантоми шлунка відповідали: ХАГ — у 100%, дисплазія — у 36%, фолікул — 64%, фіброз — 9%.

З метою розширеної гастробіопсії 14 пацієнтам ми виконали 22 ЕРСО: 19 (86%) за типом "ін'єкція — петлева резекція", 3 (14%) — "ін'єкція ковпачкова аспірація — петлева резекція". Для ін'єкції використовували 10-25 мл розчину (0,25 мл 0,1% розчину адреналіну, 2 мл 2% розчину індигокарміну, 0,9% розчину натрію хлориду — до 20 мл). Резекція в режимі форованої коагуляції 75Вт (*ERBE VIO 200*). Операційні рани 1,0-2,5 см, дно — м'язовий шар. Кровотечі, перфорації ми не спостерігали. З метою абляції і профілактики кровотечі в післяопераційному періоді виконана аргоніаплазмова коагуляція країв і дна операційних ран у 20 (91%) випадках. Режим 75Вт, швидкість подачі аргону 1,9 л/хвил. Ендоскопічне ушивання операційної рани кліпсами *EZ-CLIP (Olympus)* ми застосували у 6 (27%) випадках. Гістологічно в 100% випадків резекція єдиним блоком (в межах здорових тканин по ширині і глибині): 14 (64%) — гіперпластичні поліпи, 4 (18%) — помірна дисплазія, 3 (14%) — аденоматозні поліпи, 1 (4%) — слабо виражена дисплазія.

Висновки

Комплексна ВЕГДС (хромоскопія, *NBI*, висока розподільна здатність, високе збільшення, ендосонографія, прецизійна біопсія) покращують виявлення переддухлинної патології і раннього раку слизової оболонки. Виявлена певна відповідність типів ямкового малюнка слизової оболонки шлунка і гістологічної картини. Необхідні подальші дослідження. ЕРСО може застосовуватися з метою розширеної біопсії і лікування передракових захворювань і раннього раку слизової оболонки шлунка у хворих з високим операційним ризиком.

Література

- Князев М.В. (2008) Атрофия слизистой оболочки желудка как предраковое заболевание. Методы диагностики. Клиническая эндоскопия. 4: 2-12
- Никишаев В.И. (2007) Виртуальная хромоэндоскопия — новая технология для повышения качества эндоскопического осмотра. Украинский журнал малоинвазивной та эндоскопической хирургии. Vol. 11; 3: 12-16
- Anagnostopoulos G.K., Yao K., Kaye P. et al. (2007) High resolution magnification endoscopy can reliably identify normal gastric mucosa, *H. pylori*-associated gastritis, and gastric atrophy. Endoscopy. 39; 3: 202-207
- Gono K., Obi T., Yamaguchi M. et al. (2004) Appearance of enhanced tissue features in narrow band endoscopic imaging. J. Biomed. Opt. 9; 3: 568-577
- Yoshida S. (2007) Narrow band imaging: historical background and basis for its development. In book: Advanced digestive endoscopy — comprehensive atlas of high resolution endoscopy and narrow band imaging. Cohen J. (eds). (Blackwell Publ.) p. 3-8

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОГО ВИДАЛЕННЯ ШЛУНКОВОГО БАНДАЖУ, ЩО МІГРУВАВ В ПРОСВІТ ШЛУНКУ

Іоффе О.Ю., Шевелюк С.Б.*, Орлов О.Л., Криворук О.М.*, Тарасюк Т.В.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київська міська клінічна лікарня №18*, Україна

Хвора Я., 45 р., поступила в клініку кафедри хірургії №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (Київська міська клінічна лікарня №18) в ургентному порядку 18/01-2010 зі скаргами на наявність дискомфорту в області лівого підребер'я. Тривалість захворювання — 1 доба, коли відмітила появу вищевказаних скарг.

З анамнезу відомо, що 25 травня 2008 р. в умовах хірургічного відділення КМКЛ №18 виконане лапароскопічне регулювання бандажування шлунку. Ранній післяопераційний період протікав без особливостей. В кінці вересня 2009 року під час проведення сеансу антицелюлітного масажу живота у хворої різко виникли болі і лівому підребер'ї, в області постановки регулюючого порту системи бандажування шлунку (виник травматичний відрив порту). Хвора за медичною допомогою не зверталась протягом 2 місяців. 15 листопада 2009 року появилось відчуття дискомфорту, набряклість в лівому підребер'ї в області постановки порту, в зв'язку з чим звернулася в КМКЛ №18. При огляді і обстеженні, в т.ч. і ультразвукове обстеження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП), діагностовано: закрита травма живота, травматичний відрив порту, нагноєна гематома передньої черевної стінки. Гематома санована пункціями.

18 січня 2010 року після огляду проведено УЗД ОЧП, виявлено до 2 мл рідини в межах підшкірно-жирової клітковини в області розташування порту. Виконана евакуація рідини (фізіологічного розчину) з системи бандажування шлунку. Проведено ЕГДС,

виявлена міграція бандажу в просвіт шлунку (рис. 1). *Встановлено діагноз:* стан після лапароскопічного регулювання бандажування шлунку (25/05-2008). Закрита травма живота, травматичний відрив порту, інфіковано гематома передньої черевної стінки. Висхідна інфекція. Міграція бандажу в просвіт шлунку.

Після проведеної передопераційної підготовки 19/01-2009 виконане видалення системи для бандажування шлунку. Під місцевою анестезією видалено регулюючий порт, трубка, що сполучається з портом, пересічене, повантажена в черевну порожнину. Ендоскопічно проведено видалення бандажу за допомогою системи для його пересічення (рис. 2) в просвіті шлунку шляхом проведення різачу струни під петлю бандажу з наступним пересіченням (рис. 3), бандаж виведений в просвіт шлунку, екстрагований назовні (рис. 4) за допомогою поліпектомічної петлі. Рана в області лівого підребер'я санована, накладені вторинні шви. Інтраопераційно поставлено шлунковий зонд для декомпресії, а також зонд для ентерального харчування. В післяопераційному періоді проводилась проти виразкова, антибактеріальна терапія.

На 7-му післяопераційному добу виконана гастрорграфія, затьоків контрасту не виявлено. Відновлено харчування *per os*, видалені зонди для харчування і декомпресії. Період післяопераційного періоду неускладнений. Хвора в задовільному стані виписана з стаціонару 26/01-2010 р.

Рис. 1
Міграція бандажу в просвіт шлунку.



Рис. 2
Система для пересічення шлункового бандажу.

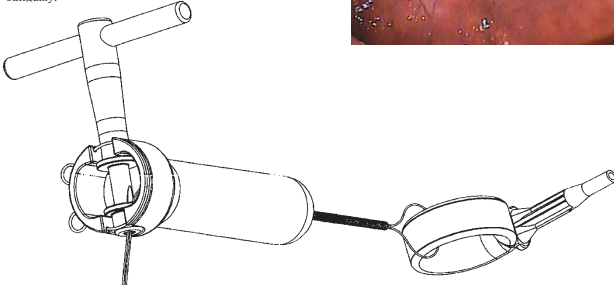


Рис. 3
Пересічений бандаж в просвіт шлунку.



Рис. 4
Видалений регульований бандаж шлунку.

