

МАТЕРІАЛИ VII СИМПОЗИУМУ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ-ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ «СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»

22 — 23 травня 2014 р., м. Одеса, Україна

ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННЯ РАНЬОГО РАКУ ШЛУНКА

Бурій О.М., Гомоляка І.В., Атаманський І.М., Терешкевич І.С., Ганжа В.О.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ, Україна

Діагностика та лікування раннього раку шлунка є актуальною проблемою медицини. Сучасні ендоскопічні технології при певному досвіді дозволяють покращити діагностику раннього раку шлунка та провести ендоскопічні методи лікування EMR (*endoscopic mucosal resection*) чи ESD (*endoscopic submucosal dissection*). Нами останнім часом використовується ендоскопічне обладнання фірми Olympus (Японія), а саме ендоскопічні відеоцентри *EVIS EXERA II* та *EVIS EXERA III*. Дані ендоскопічні системи дають можливість отримати ясне, чітке зображення високої роздільної здатності (HDTV 1080p), використання технології вузькоспектрального світла (NBI) дозволяє більш чітко оглянути судинний малюнок та рельєф поверхні слизової оболонки та більш досконало вивчити зміни слизової оболонки. Подвійний фокус (*Dual Focus*), подвійна оптична технологія — дозволяє вибрати потрібну глибину різкості та вивчити слизові зміни та мікросудинний малюнок. Вузькоспектральна ендоскопія (*Narrow band imaging — NBI*) — це оптична технологія, в основу якої покладені спеціальні оптичні фільтри. Режим NBI призначений для огляду тканин у вузькому спектрі світла з певною довжиною хвиль, які на відміну від звичайного білого світла поглинаються виключно кров'ю (дані хвилі добре поглинаються гемоглобіном). Довжина хвилі білого світла, яке використовується при звичайному огляді, варіює від 400 нм до 700 нм. У вузькоспектральному світлі використовується переважно дві світлові хвилі довжиною 415 нм та 540 нм. (рис. 1). Це дозволяє отримувати детальну інформацію стосовно судинного малюнка слизової оболонки, виявляти характерні патологічні зміни слизової. При ранніх формах раку під час огляду в режимі NBI відмічаються порушення судинного малюнку, які проявляються у потовшенні, звивистості та хаотичному розташуванні судин.

З моменту виникнення внутрішньо просвітливої ендоскопії розроблялись все нові та нові методи та інструменти для видалення слизових та підслизових новоутворень шлунка. На теперішній час існують методи від простої ендоскопічної поліпектомії і до ендоскопічного видалення повної товщі стінки з інвазивним новоутворенням. Нами широко використовується метод ендоскопічної резекції слизової (EMR), а також впроваджено новий метод ендоскопічної резекції слизової з дисекцією підслизового шару — (ESD). Ендоскопічна дисекція використовується для видалення пухлини розмірами більш ніж 2,0 см, оскільки ендоскопічна резекція не дає гарантії видалення інвазивних пухлинних клітин у підслизовий шар та у власний м'язовий шар слизової оболонки. Загальноприйняте положення для проведення ESD — відсутність метастазів та відсутність інвазії пухлини при якій глибина її не має виходити за власну м'язову пластинку слизової (500 мікрон).

В Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова з 01.03.2013 року по 31.01.2014 року було проведено 184 обстежень за допомогою ендоскопічного відеоцентру *EVIS EXERA III* із використанням ендоскопу — *GIF-HQ190*. Із 184 обстежень було діагностовано 17 тонкокишкових метаплазій шлунка, 4 товстокишкових метаплазій та 4 ранніх рака без інвазії у підслизовий шар. Найявністю інвазії визначалась проведенням ендосонোগрафії. Чотирьох хворим з раннім раком шлунка було проведено ESD. У 90% випадках при огляді у вузькоспектральному світлі, ендоскопічні діагнози були гістологічно підтверджені.

У якості ілюстрації наводимо клінічний приклад. Хвора Ч. 82 р. іст. хв. № 7024. Звернулася амбулаторно для профілактичного обстеження. При ендоскопічному огляді у білому світлі із використанням *Dual Focus* було діагностовано неоплазію 0-IIc (рис. 2 а). При огляді даної ділянки слизової у вузькоспектральному світлі із використанням *Dual Focus* стає видимою мікросудинна сітка із хаотично розташованими, скученими, потовщеними мікросудинами, що дає підстави запідозрити аденокарциному (рис. 2 б).

Для визначення можливої інвазії було проведено ендосонোগрафію апаратом Olympus *EU-ME1* з використанням механічного датчика *UM-3R 20MHz* (рис. 3).

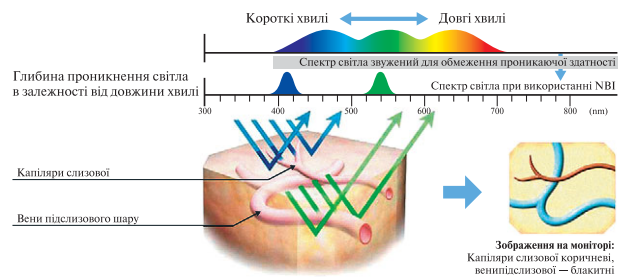


Рис. 1. Принцип роботи режиму NBI
(www.intechopen.com/books/endoscopy/narrow-band-imaging-nbi-endoscopic-method-for-detection-of-head-and-neck-cancer)

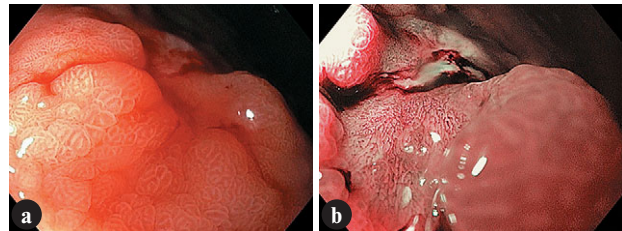


Рис. 2. Неоплазія 0-IIc при огляді у білому світлі при близькому фокусі (А), та неоплазія 0-IIc при огляді у режимі NBI у близькому фокусі (Б).



Рис. 3. На зображенні ендосонোগрафії відмічається відсутність інвазії у підслизовий шар.

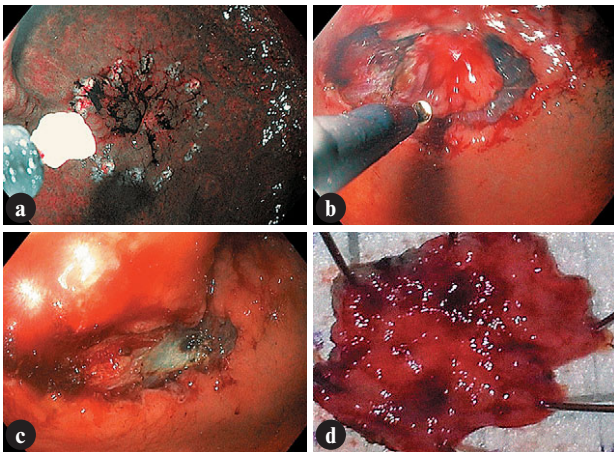


Рис. 4. А: Маркування неоплазії 0-IIc; В: Формування циркулярного розрізу ножем «hook knife» проведена дисекція у підслизовому шарі ножем «IT knife»; С: Пострезекційний дефект слизової оболонки; D: макропрепарат видаленого єдиним блоком раннього раку шлунка.

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

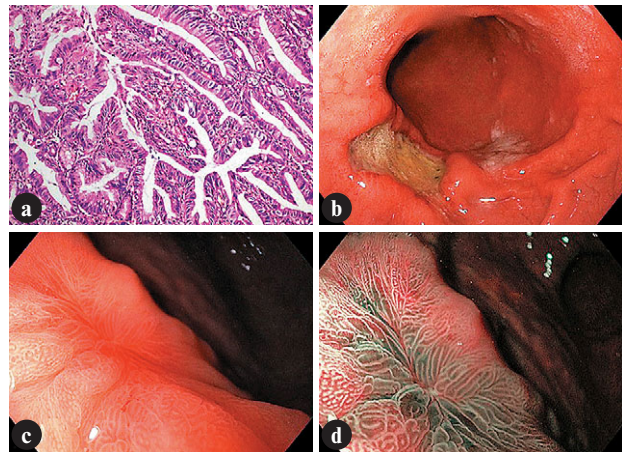


Рис. 5. А: Гістологічний препарат — високодиференційована аденокарцинома; В: Контроль пострезекційної ділянки через 7 днів; С: Контроль через три місяці у білому світлі при близькому фокусі; D: Через три місяці в режимі NBI при близькому фокусі.

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 проводилися 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-

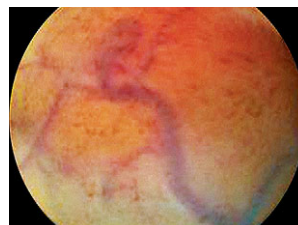


Рис. 1. Ектазія судин тонкої кишки 16 за Yano-Yamamoto (2008).

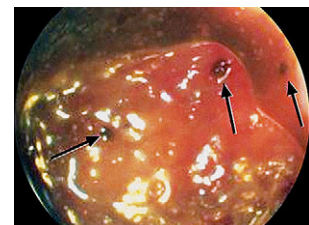


Рис. 2. Ерозії товстої кишки.

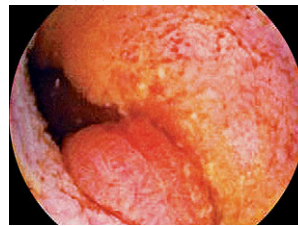


Рис. 3. Поліп тонкої кишки на ніжці.

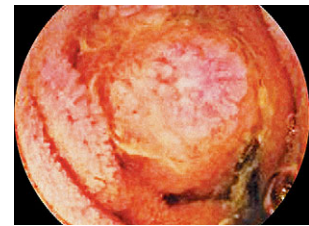


Рис. 4. Поліп тонкої кишки.

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.