

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

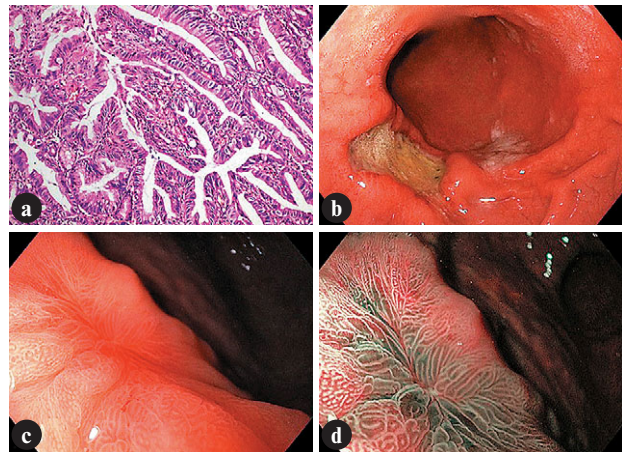


Рис. 5. А: Гістологічний препарат — високодиференційована аденокарцинома; В: Контроль пострезекційної ділянки через 7 днів; С: Контроль через три місяці у білому світлі при близькому фокусі; D: Через три місяці в режимі NBI при близькому фокусі.

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-

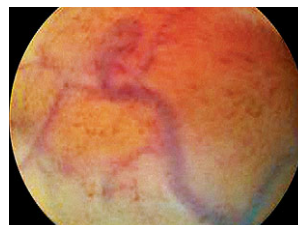


Рис. 1. Ектазія судин тонкої кишки 16 за Yano-Yamamoto (2008).

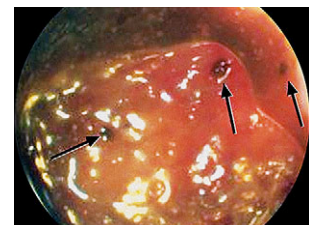


Рис. 2. Ерозії товстої кишки.

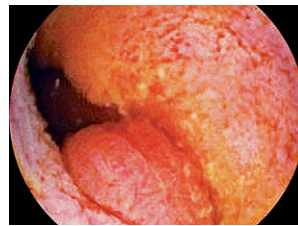


Рис. 3. Поліп тонкої кишки на ніжці.

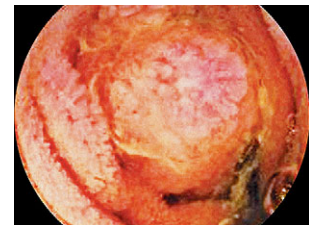


Рис. 4. Поліп тонкої кишки.

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.