

**ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЕНДОСКОПІСТІВ”**

**ХІ симпозіум
«СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА
ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»**

Курорт Коблево, Миколаївська область, Україна

19-20 вересня 2019 р.

Матеріали симпозіуму

Головний редактор: д. мед. н. Нікішаєв В. І.

Редакційна колегія: д. мед. н. Бурий О. М., Горбенко Ю. М., к. мед. н. Герасимов Д. В., к. мед. н. Бойко В. В., к. мед. н. Бойко Л. О., Врублевська О. О., к. мед. н. Дзвонковський Т. М., к. мед. н. Савицький Я.М., к. мед. н. Тумак І. М., Цабєрябий О. О.

У збірці подані матеріали, присвячені одній з найважливіших проблем сучасної медицини — діагностичній та лікувальній ендоскопії. Відображені сучасні погляди на організацію ендоскопічної допомоги населенню, діагностику та лікування захворювань шлунково-кишкового тракту. Висвітлені нові методики ендоскопічних втручань у клінічній практиці.

Рекомендовано для ендоскопістів, гастроентерологів, хірургів, онкологів.

дия геморагического инфаркта- 1, внебрюшинный разрыв двенадцатиперстной кишки-1). После операции умерли 5 (29. 4%) больных (абдоминальный сепсис - 2, хирургический сепсис мягких тканей-1, острый трансмуральный инфаркт миокарда-1 и повторный инфаркт миокарда-1). Не оперированы 2 (10. 5%) пациентов с ОНМК (стадия ишемии - 1, стадия геморагического инфаркта - 1), которые умерли. Причиной смерти у 1 больного был острый трансмуральный инфаркт миокарда и у 1 - интоксикация.

Заключение. Таким образом, МЛС является высокоэффективным методом диагностики неотложной хирургической патологии кишечника и его осложнений.

ДИВЕРТИКУЛ ЦЕНКЕРА. ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ. Z-РОЕМ ТА КОМБІНОВАНИЙ МЕТОД Z-РОЕМ ЯК ОПТИМАЛЬНИЙ МЕТОД ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ

Кіосов О. М. ¹⁻², Денисенко О. О. ³ Гулевський С. М. ², Новохатній П. В.⁴

¹Запорізький державний медичний університет. ²КУ ННМЦ. «Університетська клініка». ³ЗОКБ ЗОР. ⁴КУ «ГКБ и ЭСМП».

Вступ: дивертикул Ценкера є передраковим захворюванням з частотою пухлинної трансформації до 1%. Не зважаючи на те що частота зустрічаємості приблизно 2–10: 100000, доказано що формування глотково-стравохідного (дивертикула Ценкера) викликає у пацієнтів стійку дисфагію, респіраторні захворювання та погіршує якість життя. Основним методом лікування є хірургічна операція - відкрита дивертикулектомія з міотомією крикофарінгеального м'язу. На часі становлення та розвитку мініінвазивних технологій, відкриті хірургічні операції трансформувалися в операції з використанням гнучких ендоскопів, що сприяло зменшенню в часі та травматичності операції, а також швидкої реабілітації пацієнтів.

Матеріали і методи: з 2017 по 2108 роки нами було прооперовано 5 пацієнтів з дивертикулом Ценкера. До вибору метода лікування підходили за таких умов як: розмір дивертикула, клінічні прояви та загальний стан пацієнта. Двох пацієнтів, розмір дивертикула котрих не перевищував 3 см прооперували за стандартною методикою, двох пацієнтів з дивертикулами від 3 до 6 см тунельним методом (Z-РОЕМ) та одного пацієнта прооперували за комбінованою методикою.

Результат: для лікування пацієнтів з дивертикулом Ценкера використали ендоскопічну відео стійку Olympus EXERA II (160) та EXERA III (190), відео

ендоскопи 160 та 190 серії HQ, дистальний ковпачок, ніж Olympus Dual Knife та гемостатична кліпси Olympus 135 HX, інсуфлятор CO₂. Всіх пацієнтів оперували в операційній під загальним знечуленням (інтубаційний наркоз з ПІВЛ), позиція на спині. Час операції від 40 до 120 хвилин (залежно від вибраної методики). Стандартна методика полягала в розсіченні крікофарінгеального м'яза та накладання гемостатичних кліпс на рану з метою запобігання слинного затьоку та формування медіастинальної нориці. Методика Z-POEM полягає в попередньому формуванні підслизового тунелю, виділення крікофарінгеального м'яза, його розсічення та проведення підслизової стравохідної міотомії. Комбінована методика: розсічення крікофарінгеального м'яза, потім формування підслизового тунелю і проведення міотомії.

Висновки: ендоскопічне лікування дивертикула Ценкера являється мініінвазивним, малотравматичним та безпечним методом ендоскопічного лікування даної патології. При великих дивертикулах стравохідна міотомія є обов'язковою, що дає змогу запобігти виникненню рецидиву. Ендоскопічне лікування дивертикула дозволяє скоротити реабілітаційний період та повертає якість життя пацієнтів.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОГО ВИДАЛЕННЯ ПІДСЛИЗОВОГО НОВОУТВОРЕННЯ СТРАВОХОДУ МЕТОДОМ STER (SUBMUCOSAL TUNNEL ENDOSCOPIC RESECTION)

Кіосов О. М.¹⁻², Денисенко О. О.³

¹Запорізький державний медичний університет. ²КУ ННМЦ, «Університетська клініка». ³ЗОКБ ЗОР.

Вступ: доброякісні підслизові новоутворення стравоходу зустрічаються рідко - менш ніж в 0.5-0.8% випадків усіх підслизових новоутворень стравоходу. По гістологічній будові це частіше усього лейоміоми (65%), кісти 10%, GIST 5%. зернисто-клітинні пухлини 5%, запальні фіброзні поліпи 5%, фіброми, ангіоми та ліпоми 1%. Ендоскопічна тунельна резекція в підслизовому шарі - нова техніка резекції підслизових пухлин, шляхом створення підслизового тунелю, вона базується на техніці пероральній ендоскопічній міотомії (peroral endoscopic myotomy - POEM) при ахалазії стравоходу.

Матеріали і методи: з 2017 по 2019 роки нами було прооперовано 5 пацієнтів з підслизовими утвореннями стравоходу. Всі новоутворення по гістологічній структурі переважно були лейоміоми, один із утворів мав будову кавернозної гемангіоми. Розміри новоутворень коливались від 1 см до 2.5 см. Методи ендоскопічного видалення поділились на: енукліацію підслизового утворення