



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

5 лютого 2021 року

Запоріжжя – 2021

У загальному аналізі крові (ЗАК): лейкоцити 16,8 Г/л, гранулоцити 92,1% (сегментоядерні (СЯ) нейтрофіли 60%, паличкоядерні нейтрофіли (ПЯ) 31%). У біохімічному (БХ) аналізі крові (печінкові проби та Альфа-амілаза): Білірубін загальний(БЗ) 171 мкмоль/л, білірубін прямий(БП) 154 мкмоль/л, АЛТ 99 Е/л, АСТ 97 Е/л, Альфа-амілаза(αА) 110 Е/л. Повторно виконана УЗД ОЧП: ознаки ЖКХ (конкременти 16 мм, 15мм, гіперехогенний осад); хронічного калькульозного холециститу; холедохолітазу (в середній третині конкремент 16 мм, в дистальному відділі конкремент до 11 мм); дилатації внутрішньо- та позапечінкових жовчних шляхів; вірсунгоектазії; дифузних змін печінки та підшлункової залози. Виставлено попередній діагноз: ЖКХ. Холедохолітаз. Механічна жовтяниця. Було прийнято рішення виконати ЕПСТ з метою видалення дистально розташованого конкремента, який міг бути вклинений до великого дуоденального сосочка (ВДС) та спричиняти обструкцію жовчовивідних шляхів.

На початку операції був використаний ендоскоп з боковою оптикою TJF 160 VR, була виявлена кукса шлунка та гастроентероанастомоз за Більрот II, дуоденоскоп у дванадцятипалу кишку (ДПК) не проходив, була виповнена заміна ендоскопу на CF H180, який було уведено через петлю тонкої кишки та Брауновське співустя (БС) ретроградно у просвіт низхідного відділу ДПК. Було візуалізовано ВДС з вклиненим у його просвіті каменем темно-коричневого кольору, голковим папілотомом виконана атипова папілотомія з дистального краю папіли до 6 мм, після чого конкремент видалено, у просвіт ДПК стала поступати ахолічна жовч з домішкою гною. Гемостаз збережений.

Отримані результати. Клінічно (зниження інтенсивності больового синдрому) та лабораторно спостерігалась позитивна динаміка вже у першу добу після виконання ЕПСТ. ЗАК: зниження лейкоцитозу до 13,6 Г/л; гранулоцитів до 88,5% (СЯ нейтрофілів до 61%, ПЯ нейтрофілів до 24%). БХ аналізі крові: зниження БЗ до 126,7 мкмоль/л, БП до 103,7 мкмоль/л; αА до 48 Е/л. На 2 добу після ЕПСТ- клінічно: больовий синдром був відсутній, глибока пальпація правої підреберної ділянки помірно болісна, зменшилась іктеричність шкірних покривів та склер. ЗАК: лейкоцитоз 11,7 Г/л; гранулоцити 83,4% (СЯ нейтрофіли 68%, ПЯ нейтрофіли 15%). БХ аналіз крові: БЗ 97,9 мкмоль/л, БП 80,6 мкмоль/л, АЛТ 57 Е/л, АСТ 56 Е/л, αА 29 Е/л. Через 3 доби після ЕПСТ клінічно: дискомфорт у правій підреберній ділянці при глибокій пальпації, зниження іктеричності. ЗАК: лейкоцитоз 9,2 Г/л; гранулоцити 74,6% (СЯ нейтрофіли 69%, ПЯ нейтрофіли 6%). БХ аналіз крові: БЗ 40,3 мкмоль/л, БП 23,0 мкмоль/л, АЛТ 32 Е/л, АСТ 30 Е/л, αА 39 Е/л.

Висновки. У зв'язку зі зміненою анатомією кишечника після резекції шлунку за методикою Більрот II доступ ендоскопа до ВДС доводиться виконувати через БС. Ендоскопи, призначені (в нашому випадку TFJ 160 VR) для дуоденоскопії, мають недостатню довжину, щоб дістатися ВДС, тому ми рекомендуємо використовувати ендоскопи, призначені для колоноскопії (в нашому випадку CF H180), які мають технічні характеристики, достатні для виконання ЕПСТ в даних умовах.

РАННІЙ РАК ШЛУНКА: ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОГНОЗ ВИЖИВАННЯ

Лисенко В.О. І медичний факультет, 5 курс
(наук. кер. ас. Кіосов О.М.)

Актуальність роботи. Рання діагностика та лікування раку шлунка це одна з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії та онкології. Часто хвороба діагностується вже у IV стадії, коли прогноз найбільш несприятливий. Діагностування ранньої форми раку

шлунка, дозволяє виконати ендоскопічне лікування данної патології, що суттєво підвищує відсоток виживання данної групи пацієнтів.

Мета. Дослідити методи ендоскопічної діагностики та лікування раннього раку шлунка.

Матеріали та методи. Були проаналізовані японські рекомендації з лікування раку шлунка (видані JGCA, 2018 р. 5-е видання); на базі ННМЦ «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету, у відділенні малоінвазивних та ендоскопічних втручань було проведено обстеження 150 людей, віком 56-80 років. Обладнання: Olympus Evis Exera III, 190 HQ gastroscope, Nearfocus and NBI. Electrosurgical equipment BOWA ARC 400.

Результати. Ранній рак шлунка - це інвазивна карцинома, яка обмежена тільки слизовою оболонкою, або слизовою оболонкою і підслизовою основою, незалежно від поширення процесу у регіонарні лімфатичні вузли.

До ендоскопічних методів діагностики належать:

1. Рутинна ендоскопія у білому світлі.
2. Хромоскопія з використанням 0.2% розчину індигокарміну - це й барвник не поглинається шлунково-кишковим епітелієм. Збираючись у щілинах між епітеліальними клітинами, підсилює рельєфність слизової оболонки. Доцільно використовувати з приборами оптичного збільшення.

3. Вузькоспектральна ендоскопія з використанням оптичного збільшення - використовуються переваги двох світлових хвиль довжиною 415 і 445 нм відповідно. Саме ці хвилі найбільш будуть поглинатись гемоглобіном, що дозволить у повному обсязі дослідити судинний малюнок слизової, а також мікроструктуру поверхності епітелію.

4. Ендоцитоскопія - дозволяє прижегтєво провести огляд з оптичним збільшенням до 1125 крат. Проходить з використанням вітальних барвників (метиленовий синій). Дозволяє дослідити клітинну структуру слизової оболонки.

За останніми рекомендаціями щодо лікування раку шлунка, були рекомендовані такі види ендоскопічного лікування, як ендоскопічна резекція слизової оболонки та ендоскопічна диссекція у підслизовому шарі. Прогноз при своєчасному виявленні, і лікуванні раннього раку шлунка доволі сприятливий. 5-ти та 10-ти річна виживаність після ендоскопічної резекції слизової оболонки та диссекції у підслизовому шарі становлять 97.1% та 99% відповідно. З обстежених 150 пацієнтів, ранній рак шлунка було виявлено у 30 людей (20 чоловіків та 10 жінок), середній вік 65 років. Пацієнтам було проведено ендоскопічне лікування у вигляді ендоскопічної диссекції у підслизовому шарі. Гістологічно у всіх випадках була виявлена високодиференційована аденокарцинома G1, L0V0Pn0, що дозволяє розцінити проведене ендоскопічне втручання як радикальне лікування. Також слід відмітити, що існує ризик місцевого рецидиву після ендоскопічних операцій. За результатами дослідження Kenji Ishido та Satoshi Tanabe він складає від 1,7 до 19.8%, що буде залежати від показань до операції, та методу видалення.

Висновки. Своєчасне виявлення ранньої форми раку шлунка, дозволяє провести ендоскопічне лікування, що суттєво покращує прогноз для пацієнта, та у більшості випадків дозволяє повністювилікувати захворювання.