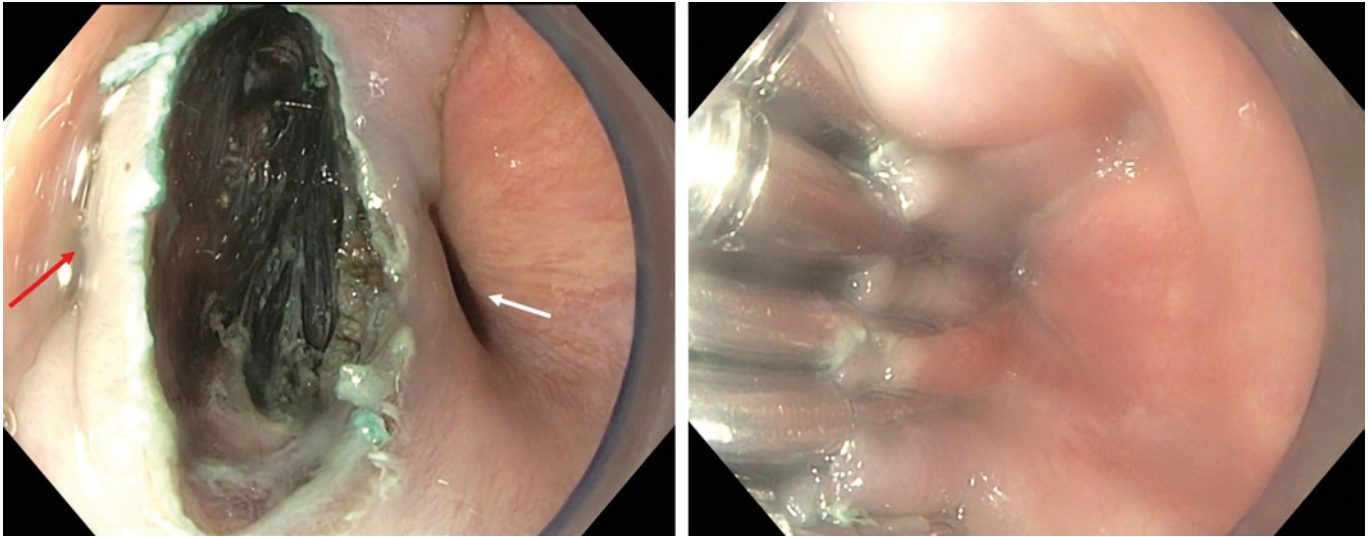
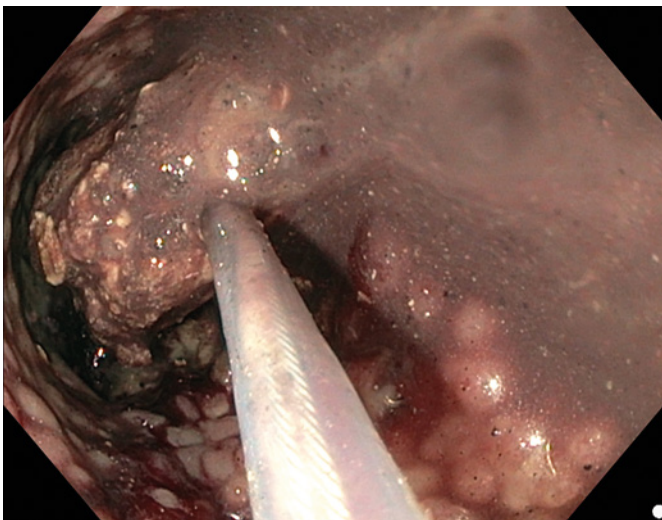


Obr. 5. Z-POEM – incize a vstup do septa oddělujícího Zenkerův divertikl (červená šipka) a jícen (bílá šipka) s již příčně přerušeným krikofaryngeálním svalem, vpravo kompletní uzávěr incize endoklipy



Obr. 6. Endoskopická nekrektomie po transgastrické drenáži a zpřístupnění ohraničené pankreatické nekrózy lumen-apozičním stentem, patrná nekrotická hmota uchopená kličkou a stěna dutiny tvořená granulační tkání



duodena a tlustého střeva (28). Populačně nejvýznamnější je možnost kurativní endoskopické léčby nízkorizikového T1 kolorektálního karcinomu, který je definován R0 en bloc resekci, maximálně povrchovou invazí do submukózy (sm1) a absencí dalších rizikových faktorů přítomnosti lymfatických metastáz (nízká diferenciace, lymfovaskulární invaze a pokročilý budding) (29). Kromě již dobře zavedené a rutinně prováděné endoskopické polypektomie a endoskopické slizniční resekce (EMR) zaznamenaly největšího rozvoje techniky endoskopické submukózní disekce (ESD) a endoskopické transmuranální resekce (FTR) schopné en bloc resekce rozsáhlejších, fixovaných a obtížně lokalizovaných kolorektálních lézí (30) (Obr. 3).

Dalším významným pokrokem digestivní endoskopie je schopnost dosažení, vizualizace a terapie v dlouhou dobu nedostupných částech gastrointestinálního traktu (tenké střevo, žlučové cesty včetně žlučníku, pankreatický vývod a chirurgicky vyřazené části trávicí trubice). K již zavedeným metodám hluboké enteroskopie, jako je jednobalónová, dvoubalónová a manuální spirální enteroskopie se nově přidala

Obr. 7. Endoskopická cholecystoduodenostomie – vlevo endosonografický obraz akutní kalkulózní cholecystitidy s pericholecystitidou a empyémem, patrný transduodenálně zavedený lumen apoziční stent (část ve žlučníku označena bílou šipkou), vpravo je duodenální část stentu se zavedeným vodičem a vytékajícím hnisem

