

**ГІПЕРПЛАЗІЯ БРУНЕРОВИХ ЗАЛОЗ:
ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ**

Корп'як В.С., Бондаренко В.В.

Лікарня сучасної онкологічної допомоги ЛІСОД, м. Київ, Україна

Вступ. Гіперплазія брунерових залоз складає 5% усіх знахідок ДПК. До цього часу в літературі немає єдиної думки щодо класифікації утворень що походять з брунерових залоз, потенціалу їх малигізації, та тактики спостереження і лікування.

Мета роботи: дати визначення поняттям гіперплазії, гамартоми брунерових залоз, брунероми, аденоми брунерових залоз. Визначити оптимальний варіант лікувальної тактики у таких випадках.

Матеріали та методи. Гастроскопії виконані відеогастроскопами Fujinon EG-250, ендоскопічними дослідження системою Olympus GF type UCT-160. Під час ендоскопічних досліджень було виявлено 3 підслизових утворення ДПК розмірами 5–12 мм. Всі утворення верифіковані як гіперплазія брунерових залоз. Анатомічною особливістю дванадцятипалої кишки є тонкий м'язовий шар, що значно підвищує ризик перфорації, особливо при видаленні підслизових утворень. Виконано ендоскопічне дослідження для встановлення локалізації вогнища гіперплазії. У всіх випадках вогнища розташовані в слизовій та підслизовій оболонках, впритул до м'язового шару. Видалення першого утворення виконано шляхом ендоскопічної резекції, другого — шляхом ендоскопічної резекції, третє не було видалене через високий ризик перфорації.

Результати. При ендоскопічній резекції не вдалося досягти гістологічного підтвердження повного видалення, хоча на контрольній гастроскопії ознак залишкової тканини гіперплазованих залоз не виявлено. У другому випадку вдалося досягти повного видалення нодулярної гіперплазії. В третьому випадку завдяки ендоскопічній асистованій ін'єкції діагностовано щільну фіксацію вогнища гіперплазії до м'язового шару. Пацієнту відмовлено в ендоскопічному видаленні утворення.

Висновки. Нодулярна гіперплазія та гамартома брунерових залоз вкрай рідко призводять до ускладнень. Найчастіше ускладнення виникають при розмірі утворень від 15 і більше мм. До них відносять кровотечі, обтурацію дванадцятипалої кишки, загальної жовчної та вірсунгової протоки. Аденокарцинома брунерових залоз зустрічається вкрай рідко. Оптимальним методом видалення таких утворень є ендоскопічно-асистована ендоскопічна резекція (EUS assisted EMR). Під ендоскопічним контролем стає можливим встановити межі розташування утворення, і його здатність до відшарування від м'язового шару. Це в свою чергу дає можливість уникати перфорації ДПК.

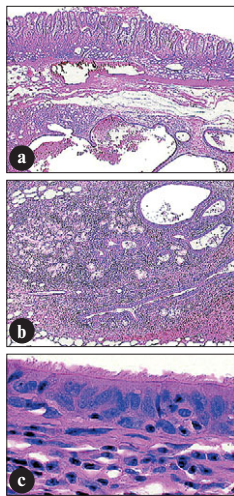


Рис. 1. Гамартома брунерових залоз — розширені протоки, відкриті вмістим епітелієм

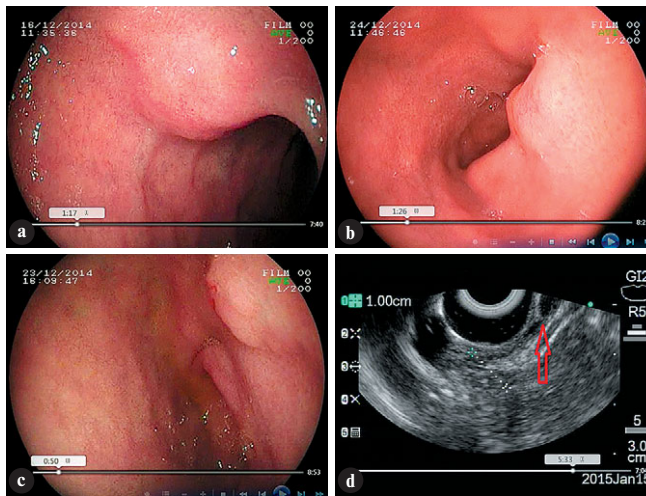


Рис. 2. Підслизові утворення ДПК: гастроскопія, ендоскопічний ультразвук

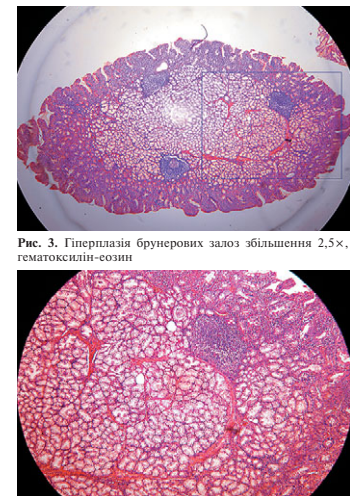


Рис. 3. Гіперплазія брунерових залоз збільшення 2,5х, гематоксидин-созин

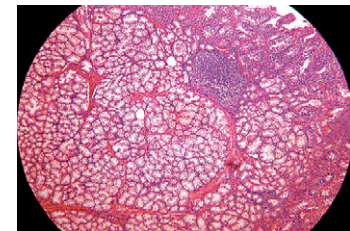


Рис. 4. Гіперплазія брунерових залоз, збільшення 10х, гіперплазовані залози в власній пластинці слизової та підслизовому шарі

**ОБРАЗОВАНИЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА
ВСЛЕДСТВИЕ НАЛИЧИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА**

Кузнецов Г.Э., Трофимов Н.В.

КЗ "Днепропетровское клиническое объединение скорой медицинской помощи Днепропетровского областного совета". ГУ "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины", кафедра общей хирургии, Днепропетровск.

Введение. Проблема инородных тел верхних отделов пищеварительного тракта является актуальной в современной эндоскопии.

Цель работы: из осложнений инородных тел желудка, кроме кишечной непроходимости, следует отметить перфорацию желудка, кровотечение и изъязвление слизистых

оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки. Нами проведено исследование осложнения инородного тела желудка образованием язвы.

Материалы и методы. Вашему вниманию представляем клинический случай. Пациент П. 68 лет обратилась 29.01.2012 г. в эндоскопическое отделение КЗ "Днепропетровское клиническое объединение скорой медицинской помощи Днепропетровского областного совета" с жалобами на тяжесть в животе, боли в животе. При проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в антральном отделе желудка по передней стенке определяется язвенный дефект до 0,7 см с резко выраженным грануляционным валом до 2 см в диаметре. В центре язвенного дефекта определяется образование до 0,3 см в диаметре, плотной консистенции (рис. 1). На противоположной стенке антрального отдела определяется "зеркальный" дефект до 0,6 см в диаметре.

При попытке взятия биопсионного материала из образования отмечается его каменистая плотность (рис. 2). При повторном использовании биопсийных щипцов типа аллигатор произведено извлечение инородного тела (курная кость) из стенки желудка с выделением значительного количества сливкообразного гноя (рис. 3). При проведенном рентгенографическом обследовании органов брюшной полости признаков перфорации не выявлено. Больной получал всю необходимую инфузионную, гемостатическую, противоязвенную терапию.

Результаты. При контрольной ЭГДС 03.02.2012 в области передней стенки антрального отдела желудка дефект слизистой до 1 см, среднетлубокий, покрыт фибрином. Произведено взятие биопсии. Заключение: "Целющисья" язвы антрального отдела желудка. Эрозивная гастропатия антрального отдела. Гистологическое заключение — атрофически-гиперпластический гастрит с очаговой дисплазией эпителия I-II степени.

- Выводы.**
1. Частота осложненной инородного тела желудка язвой по данным многих авторов остается высокой и составляет до 25% случаев.
 2. При язве желудка и наличии инородного тела производим эндоскопическую экстракцию инородного тела на фоне проведения инфузионной, гемостатической, противоязвенной терапии с обязательным рентгенологическим исследованием органов брюшной полости на предмет перфорации.
 3. Для извлечения инородного тела желудка рекомендуем применять щипцы типа аллигатор.

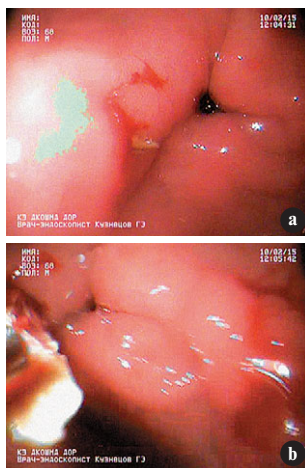


Рис. 1. А, В, С. ЭГДС пациента П.