

Хворого госпіталізовано у ЛШМД, отримував інгібітори протонної помпи (Контроль 80 мг на добу парентерально), амоксицилін, кларитроміцин. Контроль ЕГДС 10.11.14 (рис. 1): по передньо-верхній стінці цибулини ДПК у провіт виняє інфільтрат з вираженою ранимістю рихлої слизової і лінійною виразкою до 30 мм довжиною, що переходить на постбульбарний відділ. Біопсія: негоджкінська лімфома з малих і великих клітин. Імуногістохімія: негоджкінська В-клітинна CD-20 позитивна лімфома, індекс проліферативної активності >90%. УЗД черевної порожнини (14.11.14): стінка ДПК потовщена до 18 мм, особливо у другій частині, у товщі ПШЗ об'ємні утвори по 7–11 мм. Заочеревинні лімфовузли збільшені, у черевній порожнині рідина до 1 л.

Хворого переведено у гематологічне відділення, отримував поліхіміотерапію за програмою СНОР, дезінтоксикаційну терапію. Лікування переніс задовільно. ЕГДС контроль 5.12.14 (рис. 2): Цибулина ДПК помірно деформована, без звуження, на переході у постбульбарний відділ по верхній стінці поверхнева виразка до 8 мм з плоскими фестончастими краями, рубцеві зміни по передньо-верхній стінці переходять на початковий сегмент нижньої гілки ДПК. Станом на початок березня 2015 р. хворий пройшов 5 курсів поліхіміотерапії, почуває себе задовільно, скарг не виявляє.

Висновки. При інтерпретації КТ на початку діагностичного процесу дані, які могли б насторожувати, було хібно розцінено як семіотику пенетруючої виразки ДПК. Діагностиці сприяло те, що перебіг захворювання під впливом терапії не відповів виразці ДПК — водночас із зменшенням її кратера прогресували інфільтративні зміни,



Рис. 1. ЕГДС, 10.11.14, лімфома ДПК.

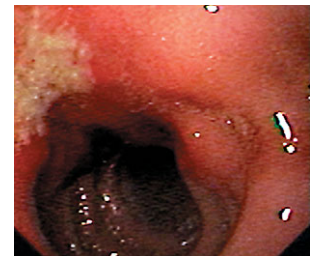


Рис. 2. ЕГДС, 05.12.14, контроль, регрес пухлини.

які явно вказували на неопластичний характер патології і спонукали до біопсії. Випадок також застерігає проти практики лікування виразкових процесів ДПК без ендоскопічного контролю ефективності терапії.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОДСЛИЗИСТАЯ ДИСЕКЦИЯ ПОЛИПА ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ

Яковенко В.А.

МЦ «Универсальная клиника» Обериг», г. Киев.

Введение. Полипы желудка с переходом на двенадцатиперстную кишку подлежат хирургическому лечению в объёме резекции желудка. В последние годы в таких случаях применяют метод эндоскопической подслизистой диссекции, который позволяет удалять такие полипы в пределах здоровых тканей по ширине и глубине, что очень важно для точного диагноза и прогноза.

Цель работы: исследовать возможности эндоскопической подслизистой опухоли желудка с переходом на двенадцатиперстную кишку.

Материалы и методы. У больного 63 лет с 1991 года наблюдают гиперпластический полип антрального отдела желудка по малой кривизне, до 1–1,5 см, на широком основании. Неоднократно в различных лечебных учреждениях принимались попытки полипэктомии. Полип регулярно рецидивировал. При контрольной эзофагогастродуоденоскопии в июне 2013 года в полипе выявлен очаг умеренной дисплазии. Больной был госпитализирован для выполнения эндоскопической подслизистой диссекции полипа. Под общей седацией пропופолом гастроскоп введен в полость желудка. В описанной зоне выявлен бугристый узловатый конгломерат общим размером до 3,5×3 см с переходом на луковицу двенадцатиперстной кишки. При высоком увеличении и узко спектральном исследовании ямочного рисунка поверхности образования обнаружены продольные гребни и участки с нечётким ямочным рисунком. При эндоскопическом ультразвуковом исследовании: неравномерное узловатое утолщение слизистого слоя, инвазии и увеличения лимфоузлов нет. Последовательно выполнены аргоновая разметка границ диссекции, круговой разрез вокруг образования (эндоскопический нож *Hook-knife Olympus*, электрохирургический блок *Erbe Vio 200D*) и диссекция образования до мышечного слоя. Образование удалено единым фрагментом в пределах здоровых тканей. Рана желудка с переходом через привратника на луковицу двенадцатиперстной кишки размером 6×4 см, глубиной до мышечного слоя. В края раны отсутствуют резидуальные ткани опухоли. Рана полностью ушита клипсами (*Ez-clip, Olympus*) (рис. 1, 2).

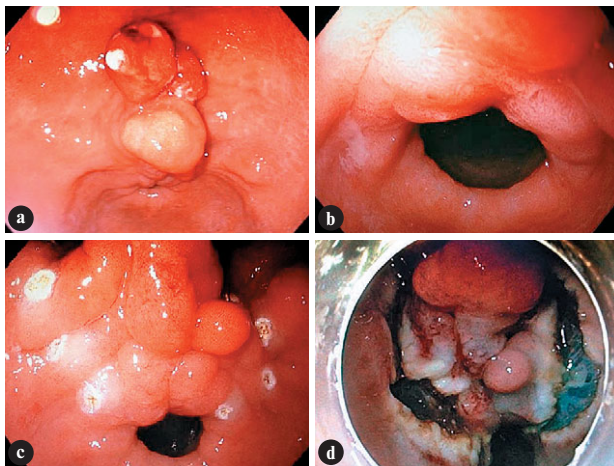


Рис. 1.

Результаты. Питание жидкой пищей было начато в день операции. В удовлетворительном состоянии, без жалоб, пациент выписан домой на второй день с назначением жидкой и протёртой диеты, приёма ингибиторов протонной помпы. Патоморфологическое заключение: гиперпластический с дисплазией умеренной степени полип желудка с переходом на двенадцатиперстную кишку. При контрольном осмотре через два месяца жалобы отсутствуют. На эзофагогастродуоденоскопии рубец антрального отдела желудка, незначительная конвергенция складок. Привратник незначительно деформирован, широкий (рис. 3).

Выводы. Эндоскопическая подслизистая диссекция эффективна, безопасна и мало-травматична для удаления полипов желудка с переходом на двенадцатиперстную кишку.

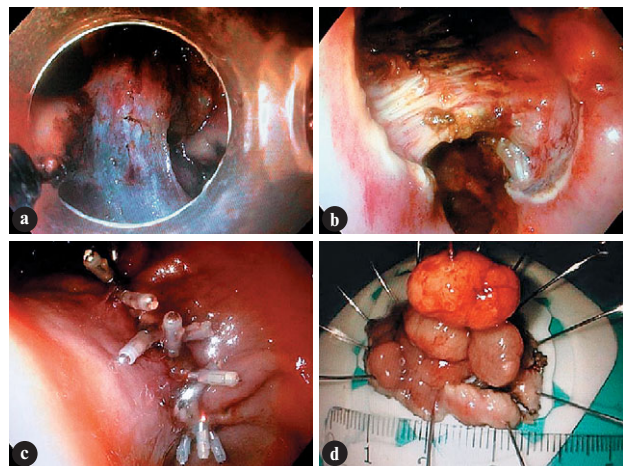


Рис. 2.

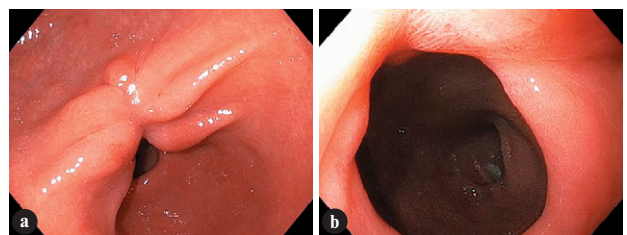


Рис. 3.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОДСЛИЗИСТАЯ ДИСЕКЦИЯ ЕДИНЫМ БЛОКОМ ГИГАНТСКИХ ЛАТЕРАЛЬНО РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ОПУХОЛЕЙ (LST) ТОЛСТОЙ КИШКИ

Яковенко В.А.

Медицинский центр "Универсальная клиника" "Обериг"

Введение. Латерально распространяющиеся опухоли (LST) толстой кишки часто достигают гигантских размеров и подлежат, как правило, хирургическому лечению в объёме гемиколэктомии. При этом узловатый (гранулярный) тип опухоли (LST-G) довольно таки поздно инвазирует и метастазирует. Это даёт возможность эндоскопического уда-

ления таких опухолей. Оправданными являются эндоскопическая резекция единым блоком, а так же по частям. Последняя, однако, не позволяет провести адекватную оценку чистоты краёв и полноты резекции опухоли. Рекомендации японского эндоскопического общества отдают предпочтение эндоскопической подслизистой диссекции