

Хворого госпіталізовано у ЛШМД, отримувач 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 ранімістю 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, отримувач 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.

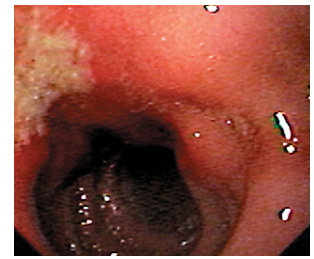


Рис. 2. ЕГДС, 05.12.14, контроль, регрес пухлини.

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 диссекции желудка с переходом на двенадцатиперстную кишку.

Материалы и методы. У больного 63 лет с 1991 года наблюдают гиперпластический полип антрального отдела желудка с 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).

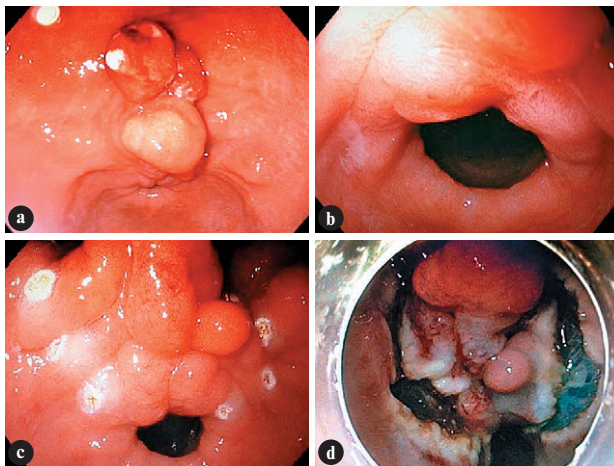


Рис. 1.

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.

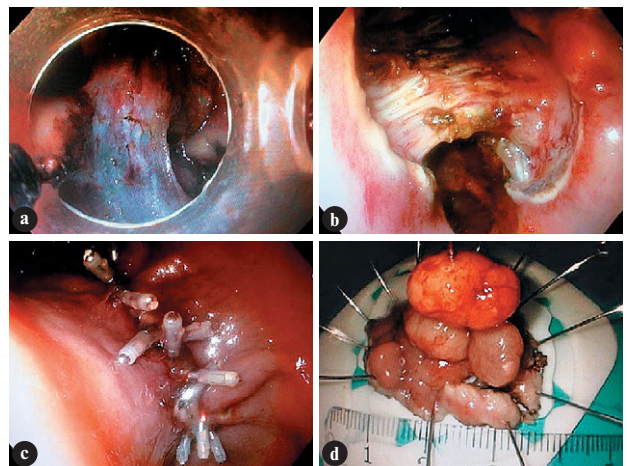


Рис. 2.

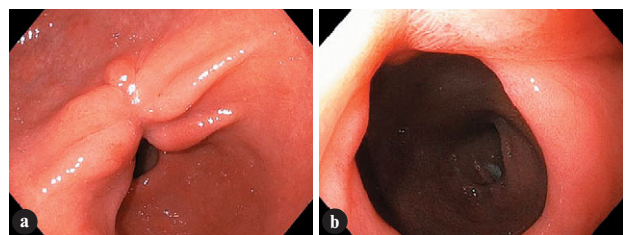


Рис. 3.

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

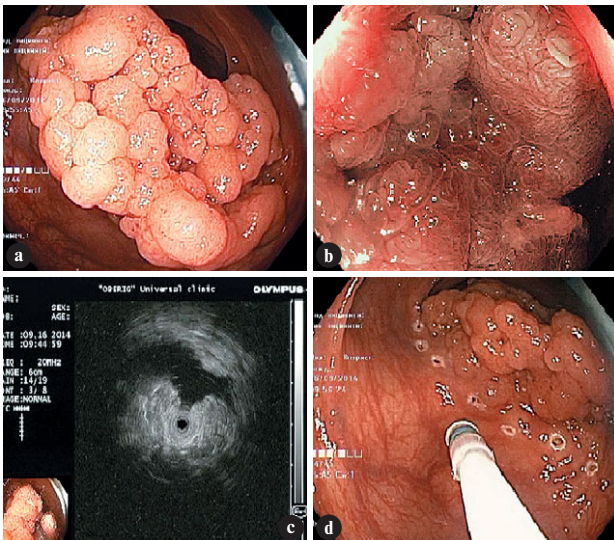


Рис. 1. А: Эндофотография, колоноскопия в белом свете. Образование печёночного угла размером до 7х5 см — LST гранулярного типа (LST-G), ямочный рисунок поверхности типа S.Kudo III-IV. В: Эндофотография, колоноскопия в узком спектре света с большим увеличением, ямочный рисунок поверхности типа Y.Sano II-III, NICE2. С: Эндосонофотография, гипоэхогенное образование в слизистой слое, инвазии нет, лимфоциты не увеличены. D: Эндофотография, выполнена разметка границ диссекции вокруг опухоли.

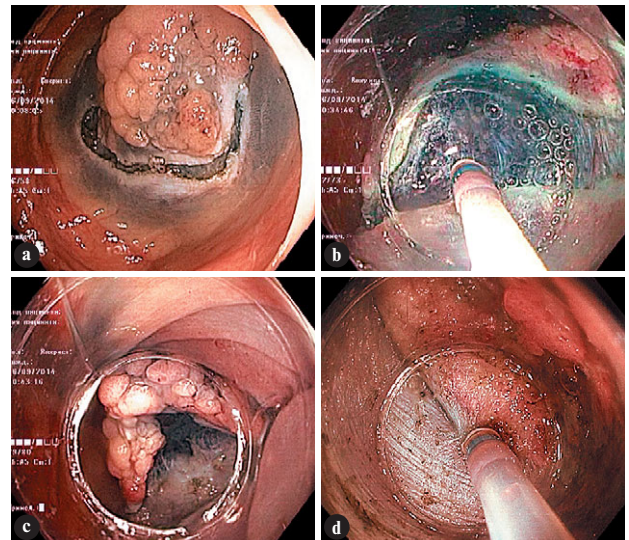


Рис. 2. А: Эндофотография, выполнена круговой разрез слизистой оболочки вокруг опухоли. В: Эндофотография, выполняется подслизистая диссекция ножом Dual knife Olympus. С: Эндосонофотография, опухоль частично отсечена, подслизистый слой инфильтрирован инъекцией раствора индигокармина. D: Эндофотография, ножом выполняется диссекция до собственной мышечной пластинки (белые волокна).

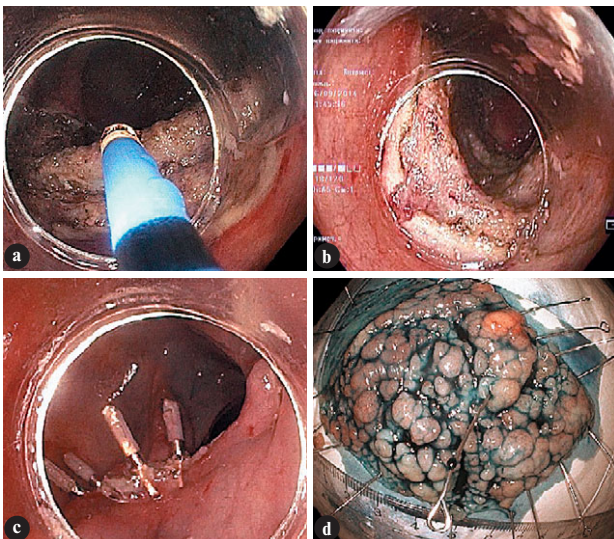


Рис. 3. А: Эндофотография, аргоноплазменная абляция сосудов в дне операционной раны. В: Эндофотография, операционная рана, признаки перфорации и кровотечения отсутствуют. С: Эндосонофотография, края слизистой оболочки полностью сведены эндоклипсами. D: Макропрепарат, окраска раствором индигокармина, фрагмент слизистой и подслизистой оболочки с опухолью, резекция в пределах здоровых тканей единым фрагментом.

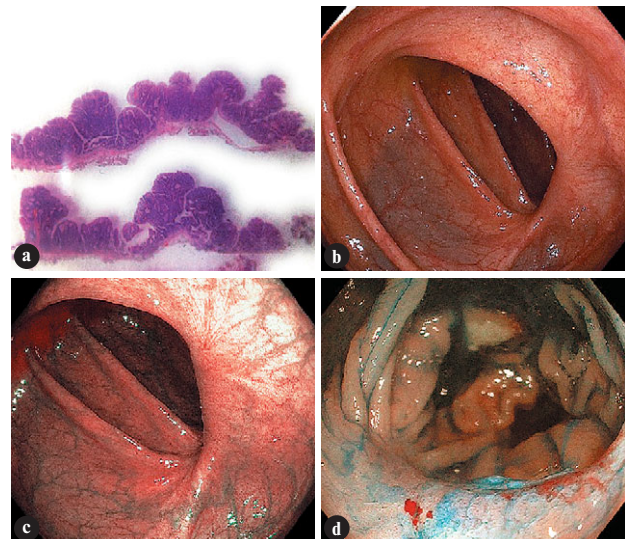


Рис. 4. А: Микрофотография, папиллярно-тубулярная аденома, окраска гематоксилин-эозин, увеличение x20. В: Эндофотография, колоноскопия в белом свете, послеоперационный рубец. С: Эндофотография, колоноскопия в узком спектре света, послеоперационный рубец. D: Эндофотография, колоноскопия с высоким увеличением, окраска раствором этановой кислоты и индигокармина. Ямочный рисунок поверхности типа S.Kudo I, Sano I, NICE1 — отсутствуют признаки рецидива в области рубца.

(ESD) больших преимущественно плоских образований толстой кишки. Такие операции позволяют удалять образования единым блоком (расширенная биопсия) вне зависимости от их размера, наличия фиброза подлежащих тканей, в том числе в случаях неглубокой инвазии подслизистого слоя. Недостатками метода, по сравнению с эндоскопической резекцией, являются крайне высокие требования к навыкам операционной бригады, дорогой одноразовый инструментарий, значительная продолжительность вмешательства, несколько более высокий процент осложнений (в частности перфорации). Тем не менее, с недавнего времени в Японии ESD покрывается медицинским страхованием и, как следствие, начинает достаточно широко применяться.

Цель работы: изучить возможности ESD при гигантских LST толстой кишки.

Материалы и методы. При обследовании пациентки X., 76 лет во время колоноскопии в печёночном углу поперечно-ободочной кишки было обнаружено бугристое образование, которое на 3/4 перекрывало просвет кишки. Была выполнена биопсия. Гистологическое заключение биоптата: папиллярно-тубулярная аденома. От показанной в данном случае правосторонней гемиколэктомии, учитывая возраст и сопутствующую кардиологическую патологию, решено было воздержаться.

Под седацией пропофолом была выполнена колоноскопия (OLYMPUS EVIS EXERA III CF-HQ190L), выявлено образование печёночного угла размером до 7х5см, типа гранулярного LST (LST-G). При эндосонографии (Ультразвуковой процессор OLYMPUS EU M60, биплановый ультразвуковой зонд UM DP 20-25R) образование гипоэхогенное,

инвазии нет, лимфоциты не увеличены (рис. 1). Была выполнена ESD, опухоль удалена в пределах здоровых тканей единым блоком до мышечного слоя с помощью эндоскопического ножа (dual-knife Olympus, электрохирургический блок Erbe Via 200D). Размер раны 10х8см. Дополнительно произведена аргоноплазменная абляция краёв раны и сосудов в дне раны. Рана полностью ушита эндоклипсами (EZ-clip Olympus) (рис. 2, 3). Общая длительность вмешательства — 2 часа.

Результаты. В послеоперационном периоде состояние больной удовлетворительное, жалоб не было. После двух суток стационарного наблюдения в удовлетворительном состоянии больная выписана домой. Патогистологическое заключение: папиллярно-тубулярная аденома, резекция в пределах здоровых тканей.

При контрольной колоноскопии через 5 месяцев в печёночном углу ободочной кишки, на складке, линейный тонкий белый рубец размером 3,0 см, с незначительной конвергентной складкой, отсутствуют признаки рецидива (рис. 4).

Выводы. ESD является высокоэффективной технологией удаления опухолей толстой кишки. Даже с учётом достаточно высокой стоимости одноразового инструментария, такая операция является, безусловно оправданной, так как даёт возможность удалять опухоли единым блоком, практически без страданий пациента, с минимальной госпитализацией, без периода временной нетрудоспособности и реабилитации, с сохранением привычного качества жизни сразу после операции.