

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 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, 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 ДИССЕКЦИЯ 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 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 аргонная 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).

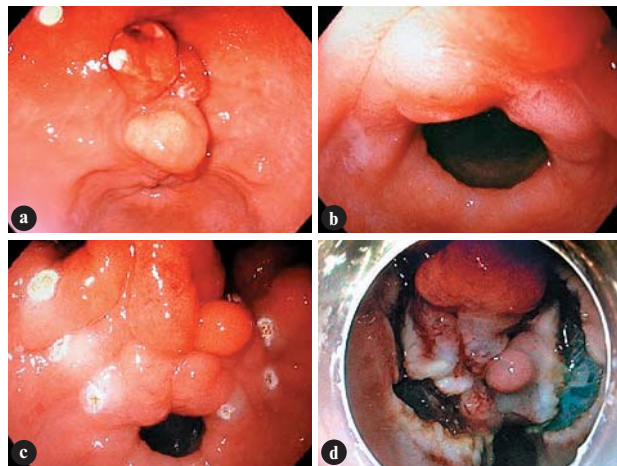


Рис. 1.

**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.

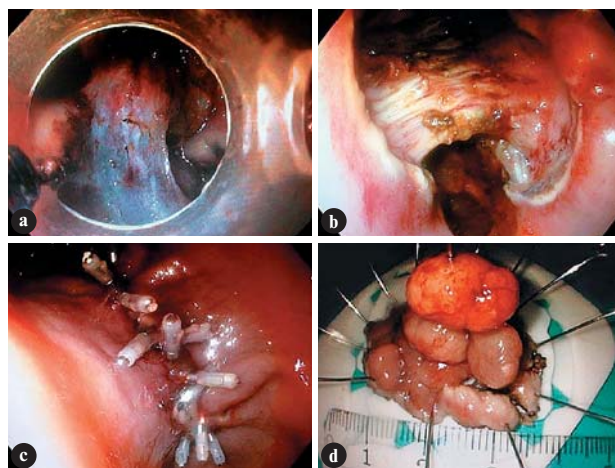


Рис. 2.

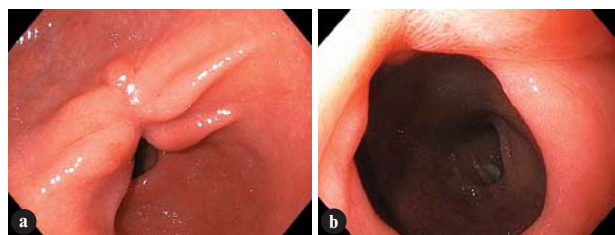


Рис. 3.

### ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОДСЛИЗИСТАЯ ДИССЕКЦИЯ 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