

Заседание Эндоскопического общества
Москвы и Московской области
28 марта 2007 г.

1. ВЫСТУПЛЕНИЕ

«Автоматизированное рабочее место врача-эндоскописта»

Хромов Андрей Борисович представитель фирмы «Видар»

Дана краткая характеристика возможностям системы в плане составления протоколов исследований, их архивирования, возможностей фото- и видеодокументации, создания банка данных и связи отделений диагностического центра в целое. Сообщено о возможностях ведения статистики отделения и использования системы для научных исследований.

Телефон фирмы: (495) 261-75-33

В качестве содокладчика выступила представитель МЦ Банка России (Москва) кмн Коваленко Татьяна Владимировна, являющаяся пользователем системы более 7 лет. Она отметила ее преимущества, особенно подчеркнув гибкость и возможность применения с другими компьютерными сетями, в частности, электронной историей болезни «Интерин». Т.о., и врачи стационара, и диагностического центра могут со своего рабочего места войти в информационное поле «Видара» и получить как документальную, так и наглядную информацию по всем направлениям.

Телефон Т.В.Коваленко (495) 676-82-28

2. ДОКЛАД

«Первый опыт применения эндоскопической диссекции подслизистого слоя при удалении эпителиальных новообразований желудка»

к.м.н. Е. Д. Федоров, к.м.н. С.Ю. Орлов,
к.м.н. З.В. Галкова, врач Е.В. Иванова,
РГМУ, ПНИЛ хирургической гастроэнтерологии
и эндоскопии, 31 ГКБ, Москва,

Телефон Е.Д. Федорова (495) 431-67-41

3. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

«Эндоскопическая диагностика и удаление гигантских очагов эктопии поджелудочной железы в стенку желудка»

к.м.н. А. А. Будзинский, к.м.н. Д.С. Мельченко,
к.м.н. Т.В. Коваленко МЦ Банка России

В докладе представлен случай больного П., 47л., обследовавшегося перед операцией по поводу пупочной грыжи без клинических проявлений заболевания органов пищеварительного тракта. В декабре 2005г. при ЭГДС обнаружен выраженный атрофический гелиобактерный аناцидный гастрит с признаками кишечной метаплазии 1–2 типа, 2 больших полиповидных образования желудка 1–2 типа, на широком основании, диаметром до 3,5 см (рис. 1), еще одно 2 типа диаметром 8 мм в основании



Рис. 1.

выявлено в луковице двенадцатиперстной кишки. Гистологическое исследование определило наличие гиперпластических полипов желудка, хронического дуоденита.

Ранее пациент перенес тупую травму живота, что, возможно, привело к некоторым анатомическим особенностям расположения органов в брюшной полости.

В апреле 2006 г. выполнено эндоскопическое ультразвуковое исследование, при котором высказано предположение о том, что полипы представляли из себя очаги лейомиосаркомы с инвазией в слизисто-подслизистый слой. Полиповидное образование в двенадцатиперстной кишке выглядело как бруннерома.

При компьютерной томографии (КТ) обнаружено экзофитное образование верхней трети тела желудка с прилежанием к этой области левой доли печени и селезенки, слои стенки не дифференцировались (высказано предположение о наличии экзофитно-эндофитной опухоли с возможным прорастанием в левую долю печени и селезенку).

В мае 2006 г. с диагностической целью выполнено иссечение одного из образований желудка, расположенного в дне (расширенная биопсия) с последующим ушиванием большого дефекта слизистой оболочки диаметром 3 см клипсами. Предварительно под основание был введен 0,01% раствор адреналина с добавлением метиленовой сини (рис. 2–5). При исследовании гистологического материала был обнаружен гиперпластический полип с явлениями выраженной гиперплазии париетальных клеток, диффузной панкреатической метаплазии (в слизистой) и очагом эктопии поджелудочной железы в подслизистом слое.

Через 5 мес. произведено удаление аналогичного образования в теле органа с подобными гистологическими изменениями

В обоих случаях наблюдалось гладкое послеоперационное течение с полным заживлением образовавшихся дефектов.

Согласно литературным данным, эктопия поджелудочной железы в другие органы – это проявление дисонтогенетической гетеротопии (гамартомы). Встречается в 0,5–15 % вскрытий, в 1 случае на 500 лапаротомий; у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин. Излюбленной локализацией очагов эктопии являются двенадцатиперстная кишка – 30 % случаев, желудок – 25–31 %, тощая кишка – 15–21% наблюдений (описаны так же пищевод, меккелевский дивертикул, желчный пузырь, большой дуоденальный сосочек, средостение, легкие, маточные трубы, червеобразный отросток).

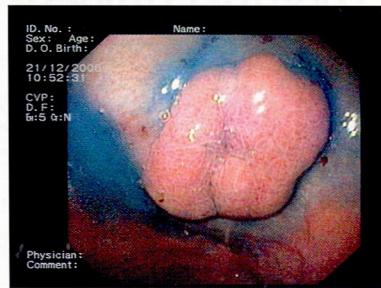


Рис. 2.

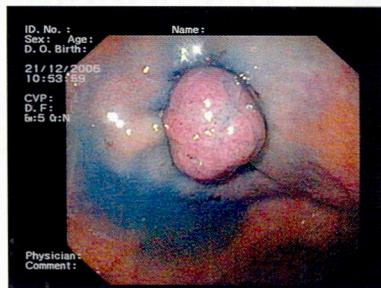


Рис. 3.

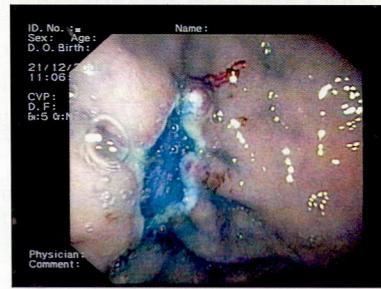


Рис. 4.

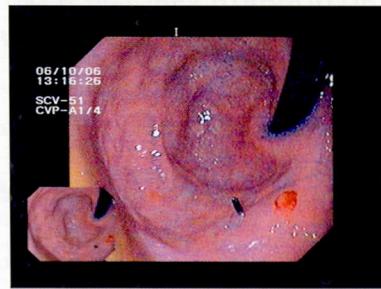


Рис. 5.

Клинические проявления, зависят от локализации, размеров очагов эктопии, присоединения осложнений. Как правило, они годами персистируют бессимптомно.

Гистологически различают следующие варианты эктопированных очагов:

1) с наличием всех компонентов ткани поджелудочной железы; 2) с наличием только экзокринной части; 3) с наличием лишь островков Лангенганса, 4) с наличием только одних протоков (аденомиоз).

Панкреатическая метаплазия отличается от эктопии тем, что она 1) ограничена пределами слизистой оболочки и не содержит островковой ткани (только ацинусы), 2) встречается в 1% гастробиоптатов и в 12% случаев в тканях резецированных желудков; 3) развивается на фоне атрофического гастрита с кишечной метаплазией.

Описанные размеры очагов эктопии колеблются от 0,14x0,06 см до 5x3 см. В 75% случаев они локализуются в подслизистом слое, 25% – в мышечном и субсерозном слоях, в желудке чаще – в антральном отделе, по большой кривизне, задней и передней стенкам, реже в проксимальных отделах и по малой кривизне.

К осложнениям панкреатической эктопии относят: сдавление окружающих тканей, в т.ч. обтурация терминального отдела холедоха с развитием билиарной гипертензии, образование и усугубление течения язв желудка и двенадцатерстной кишки (в т.ч. в результате панкреатита), некроз, панкреатит, кровоизлияние, кисты, холецистит, аппендицит, желудочно-кишечные кровотечения, образование доброкачественных и злокачественных опухолей, нарушение проходимости пищеварительного тракта при локализации в «узких» местах, в первую очередь, в кишечнике у детей.

Малигнизация очагов панкреатической эктопии встречается редко, к 1998 г. описаны лишь 7 случаев (H. Ura et al.), к 2004 – 15 наблюдений (K.C. Mulholland et al.).

Установить этот феномен на ранних стадиях достаточно затруднительно, при этом обнаруживают рост adenокарциномы из

подслизистого слоя с наличием вокруг элементов тканей поджелудочной железы. На поздних стадиях такая идентификация зачастую затруднена, поэтому истинная малигнизация встречается, по-видимому, чаще.

В диагностике существенное значение имеют рентгеновское исследование, эндоскопические методы (в т.ч. с использованием глубокой биопсии), КТ, эндоУЗИ и пункция образований, а также гистологическое исследование.

Лечение аберрантной поджелудочной железы показано при наличии клинических проявлений, осложнений (в т.ч. быстрого роста), неясности диагноза.

Эндоскопические методы следует использовать в случае возможности радикального удаления, что зависит от глубины расположения в стенке органа, хирургические – при невозможности использования эндоскопии.

Заключение. Следует сказать, что необходимо быть внимательными и осторожными с очагами эктопии поджелудочной железы, следует наблюдать их в процессе динамического развития 1 раз в 2–3 года даже без клинических проявлений.

В заключение выступила представитель фирмы «Johnson-Johnson», USA Ермакова Татьяна Сергеевна с докладом на тему «Современные методы сушки и хранения гибких эндоскопов». Был представлен материал относительно сушильных шкафов на 9 и 13 аппаратов, в которых приборы находятся в рабочем состоянии до 3 суток. Стоимость одного шкафа – 35 тыс. \$.

КОНТАКТЫ

Александр Анатольевич Будзинский - тел. +7(495) 6768338, +7 (495) 6768228. Факс. +7 (495) 4276063.
Эл. адрес budzinsky@medcenter.msk.ru

Ермакова Т.С. 755-83-50

Следующее заседание – 24.05.07.