

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ НА МАССИВНОЙ НОЖКЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

В.Н. Новиков^{1,2}, А.В. Сандрацкая^{1,2}, Э.В. Яковлева^{1,2}

¹ФГБУЗ «Пермский клинический центр ФМБА России»,

²Федеральная сеть медицинских центров «Клиника эксперт», Пермь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно международной гистологической классификации, все полипы желудка разделяют на истинные (аденомы) и опухолеподобные образования. Среди всех полипов желудка аденомы встречаются в 14-15% случаев. К опухолеподобным поражениям относят гиперпластические и фиброзные полипы, которые по гистологическому строению не являются опухолями и составляют большинство полипов желудка (более 85%), построены из желез, выстланных ямочным эпителием [2]. Выявление полипов при гастроскопии по данным литературы колеблется в широких пределах от 0,7% до 6,6%.

Аденоматозные полипы желудка являются истинным неопластическим процессом. Чаще аденоматозные полипы развиваются на фоне атрофического гастрита с метаплазией, не связаны с пилорическими хеликобактериями [4]. Дисплазия легкой степени определяется у 24% пациентов с аденомами, средней степени – у 29%, тяжелой степени – у 22% [1]. **Воспалительный фиброзный полип** (фиброзный псевдополип, эозинофильный гранулематозный полип) встречается крайне редко и локализуется обычно в пилорическом отделе. Размеры полипа в среднем составляют 1,5 - 2 см в диаметре, он четко отграничен, имеет широкое основание или хорошо выраженную ножку. Такой полип располагается более часто в подслизистом слое, слизистая оболочка над ним истончена и зачастую изъязвлена. Микроскопически воспалительный фиброзный полип представлен рыхлой или более плотной соединительной тканью, среди которой имеются сосуды разного диаметра. Наиболее крупные из сосудов часто окружены концентрическими слоями соединительнотканых волокон и фибробластов, что считают характерным для этих образований. Помимо фибробластов, выявляют лимфоидные и плазматические клетки, макрофаги.

Размеры 92% гиперпластических полипов желудка и 60% аденом не превышают 1 см [2].

Лечение полипов в настоящее время осуществляется с помощью эндоскопических технологий [3]. Однозначных рекомендаций по эндоскопическому лечению гигантских полипов желудка и двенадцатиперстной кишки с массивной ригидной ножкой в изученной литературе нами не найдено.

ЦЕЛЬ

Оптимизация эндоскопического лечения гигантских полипов желудка и двенадцатиперстной кишки с массивной ригидной ножкой.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЕВ

Клинический случай 1. Пациентка В., 87 лет. Жалобы на боли в животе с 14 часов сегодня, пятикратная рвота съеденной пищей и желчью. История заболевания. Лечилась в терапевтическом отделении по поводу тяжелой анемии. При гастроскопии 31.07.2014 г выявлены множественные полипы желудка от 1 до 6,5 см с изъязвлениями и стигмами состоявшегося кровотечения. От перевода в хирургическое отделение и операции категорически отказалась. Анамнез жизни. Страдает хроническим панкреатитом с обострениями 1 раз в год, ожирение III степени, в 1962 г – холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. При гастроскопии от 08.08.14 г. (Full HD, режимы spectra A и B) выявлено полигональное полиповидное образование на мало-выраженной массивной ножке, рельеф поверхности которого нерегулярный, на некоторых участках не дифференцируется; на латеральной поверхности образования имеется участок распада значительных размеров (Рис. 1 а, б, в, г).

Гистологическое исследование фрагмента полиповидного образования желудка. Окраска – Н&Е, альциановый синий. Микроскопическое описание. Полиповидный фрагмент представлен искаженными ямками, которые выстланы гиперплазированным эпителием желудочного типа. Местами эпителий

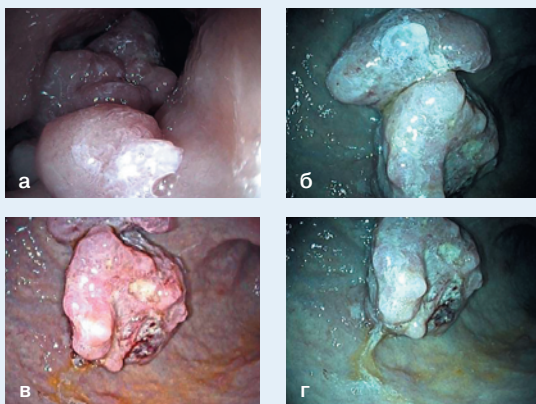


Рис. 1 а, б, в, г. Полиповидное образование тела желудка на маловыраженной ножке с участком распада (Full HD, режимы spectra A и B).

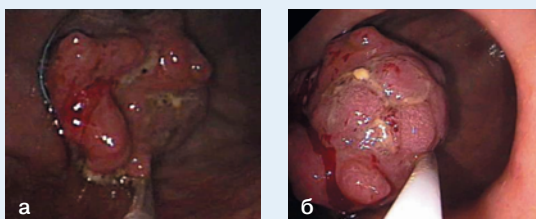


Рис. 2 а, б. Двойное лигирование ножки образования желудка нейлоновыми петлями



Рис. 3. Через 2 месяца после лигирования ножки образование уменьшилось до 3 см

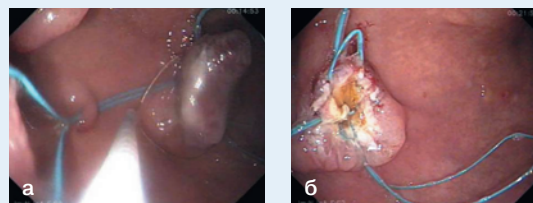


Рис. 4а, б. Неоплазия отсечена диатермической петлей

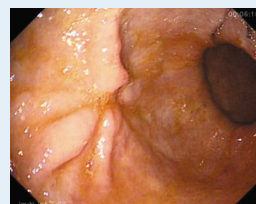


Рис. 5. На месте удаленной неоплазии определяется рубец с конвергенцией складок

темный с выскальзывающими ядрами. Ямки располагаются на фоне отечной собственной пластинки слизистой оболочки. Под эпителием железы лежат хаотично, со светлым и темным эпителием, имеется небольшая гиперхромия ядер, ядра на разном уровне, митотическая активность низкая. В небольшом количестве желез встречаются единичные бокаловидные клетки с положительной окраской альциановым синим.

Заключение. Аденома желудка кишечного типа с дисплазией низкой степени. Операция 11.09. 14 г. Лигирование ножки эпителиальной неоплазии желудка. Местное обезболивание путем аппликации лидокаина 10%. В желудке несколько полиповидных образований на ножках разной выраженности или широком основании. В дистальной части тела образование на малоподвижной ножке, диаметр которой более 1,5 см, размером 6,5 x 3 x 3 см, с нерегулярной структурой рельефа поверхности. На ножку образование наложены две лигатуры нейлоновыми петлями (Рис. 2 а, б). Ткань неоплазии приобрела синюш-

ный оттенок. Биопсия путем отсечения фрагмента верхушки витой диатермической петлей, кровотечения не было.

Гистологическое исследование фрагмента эпителиальной неоплазии желудка. Окраска – Н&Е, альциановый синий. Микроскопическое описание. Полиповидное образование представлено длинными искаженными ямками, которые выстланы темным эпителием с дисплазией тяжелой степени. Под эпителием железы лежат тесно, эпителий их темный, ядра на разных уровнях, митозы многочисленные. Заключение. Ворсинчатая аденома желудка с дисплазией тяжелой степени. При гастроскопии через 2 месяца после лигирования определено, что размер неоплазии уменьшился до 3 см, ткань образования очень плотная (Рис. 3); модифицированная неоплазия отсечена витой диатермической петлей в режиме EndoCat (Рис. 4 а, б). При гастроскопии через 2 месяца после отсечения на месте удаленной неоплазии определяется рубец с конвергенцией складок (Рис. 5). Рецидива в течение 4 лет нами не отмечено.

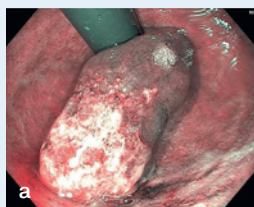


Рис. 6 а, б, в. Образование пилорического канала и проксимальной части луковицы двенадцатиперстной кишки на ножке с участком распада (NBI)

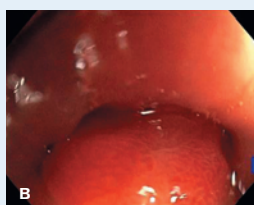
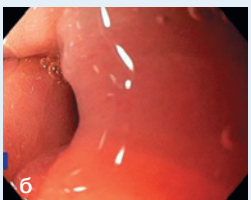


Рис. 7 а, б, в. Пилорический канал и проксимальная часть луковицы заполнены опухолевой массой



Рис. 8. Полиповидное образование в луковице двенадцатиперстной кишки (ретроградный осмотр)

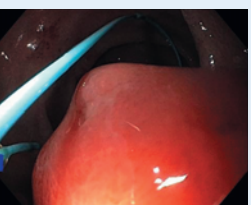


Рис. 9. Из просвета двенадцатиперстной кишки на образование заведена нейлоновая петля 3,5 см

Клинический случай 2. Пациентка О., 62 года. Жалобы на периодические боли в верхней части живота, эпизодическое чувство переполнения желудка. *Анамнез заболевания.* Переполнение желудка отмечает в течение 2 лет. В 2020 г находилась на стационарном лечении по поводу желудочного кровотечения средней степени интенсивности. При гастроскопии выявлены полипы желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.

Гистологическое исследование – гиперпластический полип. При гастроскопии от 21.11.20 г. выявлено полиповидное образование пилорического канала и проксимальной части луковицы на ножке с участком распада (NBI) (Рис. 6 а, б, в). *Операция 30.01.21 г. Лигирование ножки полиповидного образования пилорического канала.* Внутривенная общая анестезия. Пилорический канал и проксимальная часть луковицы двенадцатиперстной кишки заполнены опухолевой массой, после смещения которой аппарат проведен в просвет луковицы (Рис. 7 а, б, в). При ретроградном осмотре определено полиповидное образование 4,5 x 2 x 2 см на мало-выраженной ножке около 1,5 см в поперечнике (Рис. 8). Из просвета двенадцатиперстной кишки на образование заведена нейлоновая петля (Рис. 9). Лигирующая петля смещена на ножку полипа, выведена в просвет желудка и затянута на 1,5 см от основания ножки (Рис. 10 а, б, в). Вторая лигатура наложена на 1,5 см дистальнее первой (практически на уровне стенки органа) (Рис. 11 а, б). Просвет пилорического канала плотно obturated тканью образования. Резекция верхушки полипа (около 2 см) витой диатермической петлей. Пилорический канал стал свободно проходим для тубуса 10 мм (Рис. 12 а, б, в).

Гистологическое исследование фрагмента полиповидного образования луковицы двенадцатиперстной кишки. Окраска – Н&Е, альциановый синий. Микроскопическое описание. В объеме представленного материала имеются полиповидные фрагменты, которые частично покрыты высоким эпителием кишечного типа с формированием полиповидных структур. Большая часть фрагмента представлена грануляционной тканью с сосудами различного калибра, имеется воспалительная инфильтрация и глыбки гемосидерина. *Заключение.* Воспалительный полип двенадцатиперстной кишки грануляционного типа. При гастроскопии от 6.04.21 г. признаков полиповидного образования в пилорическом канале и луковице не выявлено (Рис. 13 а, б). Рецидива в течение 1 года нами не отмечено.



Рис. 10 а, б, в. Лигирующая петля смещена на ножку полипа, выведена в просвет желудка и затянута на 1,5 см от основания ножки

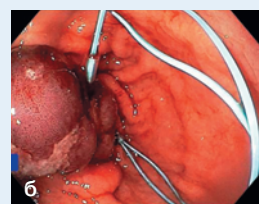
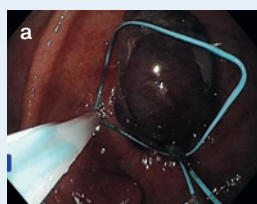


Рис. 11 а, б. Вторая лигатура наложена на 1,5 см дистальнее первой

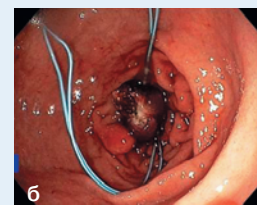
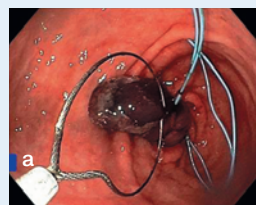


Рис. 12 а, б, в. Резекция верхушки полипа витой диатермической петлей

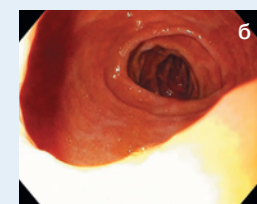
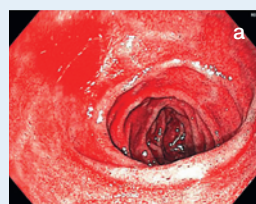
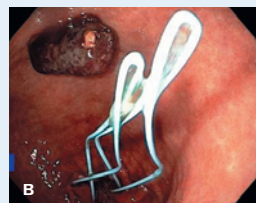


Рис. 13 а, б. Признаков полиповидного образования в пилорическом канале и луковице не определяется

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Полиповидные образования желудка больших размеров достаточно часто манифестируют рецидивирующими желудочными кровотечениями.
2. Полипы и эпителиальные неоплазии больших размеров на массивной ригидной ножке при удалении предполагают превентивное ее лигирование в связи с наличием крупных питающих сосудов.

3. Оставление основного массива образования (отсроченное удаление или спонтанная секвестрация) уменьшает инвазивность вмешательства, что немаловажно у пациентов пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, и риск послеоперационного кровотечения в результате возможного отхождения лигатуры или неполноценной окклюзии питающего сосуда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесникова И. Ю., Новикова А. С. Полипы желудка и атрофический гастрит // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2021. – т. 31. – № 2. – С. 27–33.
2. Маргарян Л. А. Комплексная эндоскопическая диагностика полипов желудка // Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2009. – 22 с.
3. Новиков В. Н., Ложкина Н. В., Олевская Е. Р., Сандрацкая А. В. Внутрипросветная хирургия грудной и брюшной полостей. – Практическое руководство. – СПб: СпецЛит, 2016. – 115 с.
4. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C.A., Gisbert J. P., Kuipers E. J., Axon A. T., et al. European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection - the Maastricht V/Florence Consensus Report // Gut. – 2017. – Vol. 66. – № 1. – P. 6–30.