

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.342-006.6-089

В.Н. Королев, А.В. Важенин, К.С. Зуйков, И.Ю. Суровцев, К.И. Кулаев

ПЕРВЫЙ ОПЫТ СУБМУКОЗАЛЬНОЙ ЭНДОДИССЕКЦИИ КАРЦИНОИДА ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

МУЗ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер»
(главврач — проф., д-р мед. наук, засл. врач РФ чл.-кор. РАМН А.В. Важенин)

Ключевые слова: карциноид луковицы двенадцатиперстной кишки, субмукозальная эндодиссекция

В данной статье представлены возможности современной эндоскопии в диагностике и лечении злокачественных новообразований двенадцатиперстной кишки (ДПК). При наличии показаний эндоскопическое удаление определенной группы злокачественных новообразований является не только радикальным, но и более щадящим видом лечения для пациента, чем хирургическое вмешательство.

В эндоскопическое отделение нашего диспансера поступил пациент К., 50 лет. При фиброгастродуоденоскопии (эндоскоп GIF-N 180, «Olympus») в луковице ДПК выявлено новообразование, округлой формы до 0,5 см в диаметре (рисунок, а), взята биопсия.

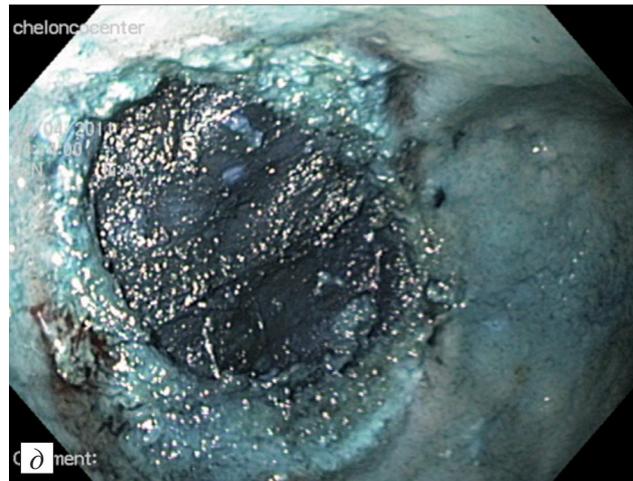
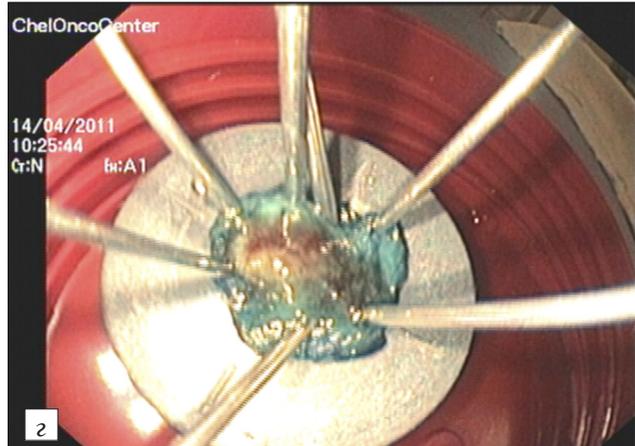
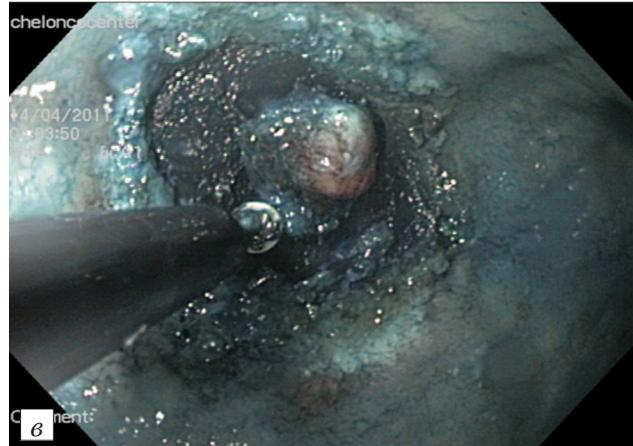
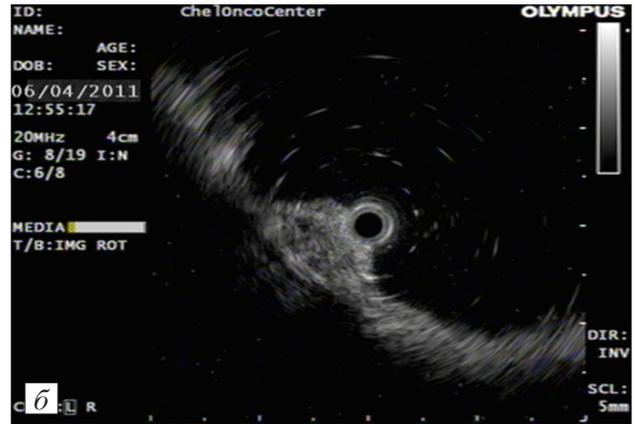
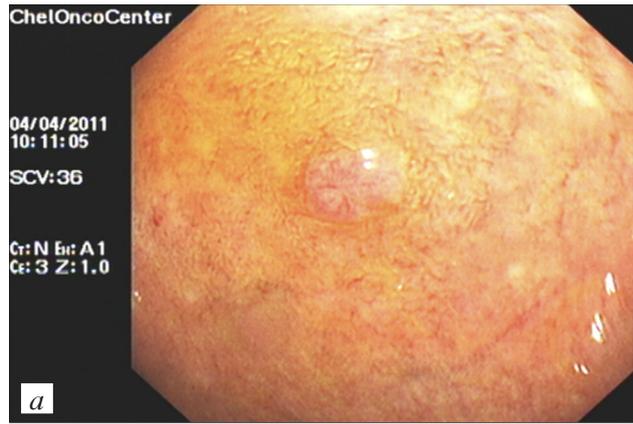
Гистологическое заключение: высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль луковицы двенадцатиперстной кишки (карциноид). При обследовании по органам и системам признаков региональных и отдаленных метастазов не выявлено. При эндоскопическом ультразвуковом исследовании зоны новообразования высокочастотным ультразвуковым зондом с частотой 20 МГц (UM-BS20-26R, «Olympus») на ультразвуковом центре UM-ME1, «Olympus» признаков инвазии новообразования в подслизистый и мышечный слои стенки луковицы ДПК не выявлено (см. рисунок, б).

Под общим обезболиванием (внутривенный наркоз раствором пропофола 1% — 20 мл) аппарат (GIF-N180, «Olympus», Япония) проведен в луковицу ДПК с помощью катетера аргоноплазменной коагуляцией (APC 2+VIO 300 D, «ЭРБЕ», Германия), произведена точечная маркировка границ новообразования в пределах здоровой слизистой оболочки. Под основание опухоли с помощью игольчатого

инъектора введено до 20 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида с 0,2% раствором индигокармина и 0,1% раствором адреналина. Применяя эндохирургические ножи (IT — knife 1 и 2, huke knife) произведено рассечение слизистой оболочки по линии маркировки до подслизистого слоя с последующим эндоскопической диссекцией подслизистого слоя от мышечного под новообразованием (см. рисунок, в). Произведено извлечение резецированного участка в дистальном колпачке, его визуальная оценка и подготовка для морфологического исследования (см. рисунок, г). При контрольном осмотре произведена ревизия зоны эндоскопического, вмешательства — определяется округлой формы посткоагуляционный дефект слизистой оболочки до 1,5 см диаметре, глубиной до мышечного слоя, целостность стенки сохранена, признаков кровотечения нет, опухоль удалена полностью (см. рисунок, д). Время операции 1 ч. Осложнения в послеоперационном периоде не наблюдались. Патоморфологическое заключение резецированного участка слизистой оболочки: нейроэндокринная опухоль ДПК высокой степени дифференцировки (карциноид) (диаметр узла 0,5 см), с прорастанием в мышечную оболочку, роста опухоли по линии резекции не определяется.

Таким образом, удаление злокачественного новообразования с использованием малоинвазивной, органосберегающей и современной методики, которая привела к выздоровлению пациента, представляет собой реальную альтернативу открытому хирургическому вмешательству, улучшая качество жизни пациента, значительно сокращая послеоперационный период и период реабилитации.

Поступила в редакцию 15.06.2011 г.



*Эндоскопическое удаление карциноида двенадцатиперстной кишки у больного К., 50 лет.
а — эндоскопическая картина карциноида до удаления;
б — эндоскопическое ультразвуковое исследование зоны новообразования до удаления карциноида; в-д — этапы удаления карциноида (объяснения в тексте).*