

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© БРЕГЕЛЬ А.И., АНДРЕЕВ В.В. – 2007

ПОЛИПЭКТОМИЯ ПРИ ГИГАНТСКОМ ПОЛИПЕ ЖЕЛУДКА

А.И. Брегель, В.В. Андреев

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав.каф. – д.м.н., проф. С.Б. Пинский; МУЗ ГБ № 1, г.Иркутск, гл. врач – заслуженный врач РФ Л.А. Павлюк)

Резюме. Представлено описание эндоскопического удаления гигантского полипа желудка.
Ключевые слова: лечебная гастроскопия, полипэктомия.

Эндоскопическая полипэктомия из желудка стала достаточно частым вмешательством в практике работы врача-эндоскописта. В большинстве случаев мелкие и средние по размеру полипы успешно удаляются во время гастроскопии. Однако гигантские полипы желудка, размером более 3 см встречаются достаточно редко, они чаще малигнизируются, а эндоскопическое удаление их сопряжено с техническими трудностями и опасностью возникновения профузного кровотечения из основания или ножки полипа.

Мы представляем случай эндоскопической диагностики и успешного удаления гигантского полипа из желудка.

Больная П., 58 лет, поступила в отделение экстренной хирургии 06.05.2006 года в 11 час. 20 мин. с диагнозом: острое желудочно-кишечное кровотечение. При поступлении жалобы на слабость. Со 2 мая отмечает появление «черного стула», нарастающую слабость. При объективном обследовании кожа бледная, влажная, пульс 82 уд. в мин. АД 110/70 мм рт.ст. При ректальном обследовании содержимое кишки черного цвета. Данные исследования крови: Нв – 70 г/л, эр.- $2,4 \times 10^{12}$. При УЗИ брюшной полости патологии не обнаружено.

6 мая 2006 г. Проведена экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). При исследовании пищевод свободно проходим, перистальтирует, слизистая не изменена. З-линия на 1 см выше кардии. Кардия в 40 см от резцов, перистальтирует, смыкается, свободно проходима. Желудок хорошо расправляется воздухом, перистальтика активная. В просвете прозрачная жидкость. Складки слизистой обычной высоты. Слизистая бледная, отечна, в антральном отделе умеренно истончена. В $\frac{2}{3}$ тела по малой кривизне, ближе к задней стенке ножка полипа диаметром до 1 см, с которой свисает полип 5х3х3 см с неровной поверхностью, с участками западения, плотный. Привратник симметричен, перистальтирует, смыкается, свободно проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована, слизистая ее отечна. Верхне-горизонтальная ветвь не изменена. Щипцевая биопсия полипа. Признаков кровотечения не обнаружено.

Эндоскопическое заключение: гигантский полип 4 типа верхней трети тела желудка. Смешанный (поверхностный + субатрофический) гастрит, поверхностный бульбит.

При морфологическом исследовании биопсийного материала – аденоматозный полип. Цитологическое исследование: покровно-ямочный эпителий без атипии на фоне воспаления. *Helicobacter Pylori* обнаружен в значительном количестве.

Учитывая значительные размеры полипа и наличие постгеморрагической анемии, проведено консервативное лечение. После улучшения состояния и нормализации показателей красной крови больная в плановом порядке поступила на эндоскопическую полипэктомию. При повторном осмотре размеры полипа прежние. Бледности слизистой желудка нет.

На основание ножки полипа накинута и затянута петля (рис. 1). Полип у основания ножки отсечен с помощью электродиатермокоагуляции. Кровотечения нет. Полип извлечен диатермической петлей. При извлечении полипа в области кардии ощущалось сопротивление.

Макропрепарат: удаленный полип размером 6 х 3 х 3 см с неровной поверхностью и очагами некроза (рис.

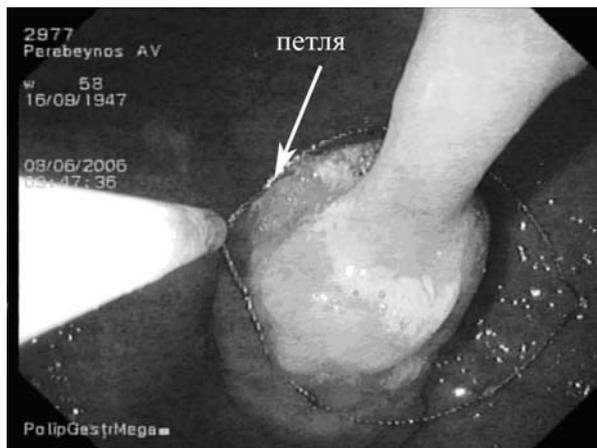


Рис. 1. Полипэктомия из желудка. Петля наброшена на ножку полипа.

2). При микроскопическом исследовании – аденоматозный полип с участками некроза.

При контрольном осмотре через 1 месяц жалоб не

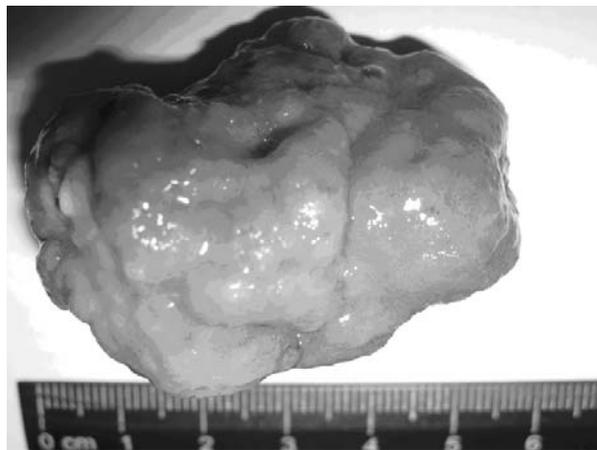


Рис. 2. Удаленный полип желудка.

предъявляет. При гастроскопии в области основания ножки удаленного полипа свежий рубец до 0,8 см.

Представленное наблюдение демонстрирует возможности диагностической и лечебной гастроскопии при гигантском полипе желудка. При обнаружении гигантских полипов, возможно их эндоскопическое удаление. Однако, это вмешательство должно проводиться только после исключения злокачественной трансформации образования. Учитывая возможные технические трудности, связанные с набрасыванием и затягиванием петли на основании или ножке полипа, извлечении полипа из желудка, а также определенный риск развития кровотечения, подобные эндоскопичес-

кие операции целесообразно проводить на территории хирургического стационара, в том числе и амбулаторным больным. Полипэктомию должен выполнять

опытный эндоскопист при хорошем техническом оснащении эндоскопического отделения.

POLYPECTOMY IN THE HUGE POLYP OF THE STOMACH

A.I. Bregel, V.V. Andreev

(Irkutsk State Medical University, Munitipal Clinical Hospital № 1, Irkutsk)

The description of endoscopic removing of a huge polyp of a stomach is shown.

© ФАЙЗУЛИНА Д.Л., АТАМАНЮК Э.Д. – 2007

ТОКСИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЫШЬЯКОМ

Д.Л. Файзулина, Э.Д. Атаманюк

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах; МУЗ «Клиническая больница № 1 г. Иркутска», гл. врач – Л.А. Павлюк, неврологическое отделение, зав. – к.м.н. Э.Д. Атаманюк)

Резюме. В статье представлены особенности течения мышьякового полиневрита, описан клинический случай суицидального отравления мышьяком.

Ключевые слова: полиневропатия, мышьяк, клиника, диагностика, лечение.

Полиневропатия – это системное заболевание периферической нервной системы, которое характеризуется диффузным поражением периферических нервных волокон, входящих в состав различных нервов, и поэтому проявляется относительно симметричной симптоматикой. В отличие от мононевропатии и большинства видов множественной невропатии, единицей поражения при которых служит нервный ствол, включающий различные типы волокон, при полиневропатии возможно относительно избирательное поражение определенного класса нервных волокон.

Причиной полиневропатий могут быть различные заболевания, поражающие периферическую нервную систему, причем основной патологический процесс может разворачиваться далеко за пределами нервной системы.

По этиологии можно условно выделить семь основных групп полиневропатий: 1) идиопатические полиневропатии – воспалительные (синдром Гийена–Барре) или невоспалительные (хроническая идиопатическая аксональная полиневропатия); 2) метаболические полиневропатии (диабетическая, печеночная и др.); 3) токсические полиневропатии (экзогенные и эндогенные); 4) инфекционные полиневропатии (при лепре, дифтерии, нейроборрелиозе, ВИЧ-инфекции); 5) полиневропатии при системных заболеваниях (саркоидозе, системных заболеваниях соединительной ткани, васкулитах); 6) паранеопластические полиневропатии; 7) наследственные полиневропатии.

Важное диагностическое и прогностическое значение имеет дифференциация полиневропатий на две основные группы: 1) аксонопатии – преимущественно поражаются аксоны нервных волокон; 2) демиелинизирующие невропатии – поражение миелиновых оболочек.

Условием успешного лечения любых форм полиневропатий является точная диагностика основного заболевания, позволяющая проводить этиотропную и патогенетическую терапию. Однако даже после самого тщательного обследования как минимум в трети случаев причину полиневропатий установить не удается. В основе уточнения этиологии полиневропатии должен лежать двойной подход. С одной стороны, анализ симптоматики и течения полиневропатии, отнесение ее к аксонопатиям или демиелинизирующим невропатиям позволяет значительно сузить спектр возможных причин. С другой стороны, тщательный сбор анамнеза и комплекс стандартных исследований позволяют исклю-

чить наиболее распространенные причины этого синдрома. Собирая анамнез, важно помнить, что события, имеющие отношение к причинам заболевания (инфекция, воздействие промышленными или бытовыми токсичными веществами, прием нового лекарственного препарата) происходят за несколько недель до появления первых симптомов полиневропатии. Нужно получать сведения об условиях работы, соматических заболеваниях, особенностях питания. Важное значение имеет сбор семейного анамнеза, а иногда и осмотр родственников больного. При осмотре нужно обращать внимание на наличие полой стопы, кифосколиоза и других скелетных деформаций.

Важное значение имеет электрофизиологическое исследование (ЭНМГ), его данные позволяют подтвердить наличие полиневропатии, дифференцировав ее от переднеронового поражения, миопатий и множественной мононевропатии. ЭНМГ позволяет также уточнить уровень поражения (корешок, средняя или дистальная часть нервов), оценить степень денервационного процесса в пораженных мышцах. Одна из наиболее важных задач – дифференцировать аксонопатии от миелонопатий, что часто имеет решающее значение для диагностики и выбора тактики лечения.

Среди токсических заболеваний нервной системы значительное место занимают токсические полиневропатии. Обусловлено это стремительным развитием химической промышленности, широкое использованием разнообразных химических веществ в различных отраслях хозяйства, а также в лабораторной практике разнообразных химических веществ, в том числе обладающих токсическим действием. Значительную актуальность приобретает знакомство широких врачебных кругов с вопросами клиники токсикозов. Среди различных форм интоксикаций большое место занимают так называемые нейроинтоксикации. К последним относятся отравления веществами, преимущественно действующими на нервную систему. В этой группе особо выделяют рассеянные формы поражения нервной системы, протекающие по типу полиневропатии или, чаще, по типу энцефаломиелополиневропатии.

Основные токсические воздействия обусловлены: 1) экзогенными токсинами: алкоголь, органические растворители, металлы (свинец, ртуть, мышьяк, олово, таллий, платина), фосфорорганические соединения, акриламид; 2) лекарственными препаратами: амиодарон, дапсон, дисульфирам, гидралазин, литий, изони-