

Выводы. Применение видеоассистированной лобэктомии в клинической практике – новое большое достижение последних лет в мировой торакальной хирургии.

Дальнейшее использование видеоассистированной лобэктомии в клинической практике и увеличение количества данного типа операций является необходимым условием совершенствования VATS вмешательств в специализированных клиниках.

Сотни опубликованных исследований в мировых специализированных источниках подтверждают безопасность метода, пользу для пациента, вытекающие из меньшей операционной травмы, равнозначные, а временами лучшие отдалённые результаты по сравнению с открытыми оперативными вмешательствами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЕРНИСТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

Татур А. А., Седун В. В., Стахиевич В. А., Минько Е. И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

УЗ «10 ГКБ», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Зернистоклеточная опухоль (опухоль Абрикосова) относится к редким новообразованиям желудочно-кишечного тракта. Встречается в 6% случаях, как правило, протекает бессимптомно и является случайной находкой при проведении эзофагогастродуоденоскопии. По данным литературы, зернистоклеточная опухоль малигнизируется в 2-4% случаев, причем описаны случаи малигнизации опухоли размером менее 10 мм. Традиционное лечение – хирургическая резекция – травматична. Альтернативным безопасным и малоинвазивным методом является эндоскопическое удаление. Петлевая электроэксцизия, учитывая отсутствие ножки и глубину

залегания образования, трудновыполнима, приводит к фрагментации опухоли и неполному ее удалению. Методом выбора может стать диссекция в подслизистом слое, которая позволяет избежать серьезных осложнений, таких как кровотечение и нерадикальное удаление опухоли.

Цель: продемонстрировать клинический случай успешного лечения пациента с диагнозом зернистоклеточной опухоли методом эндоскопической диссекции новообразования в подслизистом слое.

Материал и методы. В период с января 2010 г. по август 2018 г. в эндоскопическом отделении выполнено 3 вмешательства у пациентов с зернистоклеточной опухолью. Два пациента имели новообразования малого размера, по предварительному диагнозу – фиброма. Удаление производилось методом петлевой электроэксцизии. Гистологическое заключение – зернистоклеточная опухоль.

Описываемый клинический случай. В августе 2018 г. третий пациент Т., мужчина 54 лет, поступил в УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска на плановое эндоскопическое удаление новообразования пищевода. Направительный диагноз – папиллома. Жалоб субъективно не предъявлял. При ЭГДС на расстоянии 30 см от резцов выявлено подслизистое образование овальной формы размером 1,0×0,8 см, желтоватого цвета, плотное при инструментальной пальпации, слизистая над ним не изменена. С целью уточнения диагноза назначена эндоультрасонография (ЭУС) пищевода. По данным исследования, на 30 см от резцов определяется образование с четкими контурами, по эхогенности приближающееся к мышечной ткани. Исходит из подслизистого слоя пищевода. Имеет тонкостенную капсулу. Размер 6,8×14 мм. Заключение: образование, исходящее из 3-го эхослоя пищевода (подслизистая основа), по ЭУС характеристикам – опухоль Абрикосова. Методом выбора рекомендована эндоскопическая диссекция в подслизистом слое под внутривенной анестезией.

Под видеоэндоскопическим контролем с использованием двухканального аппарата Pentax с цифровой хромоскопией, выполнена гидропрепаровка образования физиологическим

раствором (до 30 мл суммарно, поэтапно в процессе операции) с последующей его диссекцией вместе с капсулой Т-образным ножом. Выделение производилось по слизистой на 0,3 см от видимого края образования, по глубине – в пределах подслизистого слоя единым фрагментом. Вмешательство завершено сведением краев дефекта десятью последовательно наложенными клипсами Olympus с удлиненными браншами.

Рекомендации в послеоперационном периоде:

- 1) постельный режим в течение первых двух суток,
- 2) голод не менее 5 суток,
- 3) разрешено пить воду,
- 4) антибиотикотерапия,
- 5) эндоскопический контроль через 7 дней.

Результаты и обсуждение. Методом эндоскопической диссекции в подслизистом слое образование было удалено вместе с капсулой и извлечено. Гистологическое заключение: зернистоклеточная опухоль.

Течение послеоперационного периода: без осложнений.

При контрольном осмотре через 7 дней: в средней трети пищевода имеется остаточный дефект слизистой с налетом фибрина размером 10×8 мм, ниже дефекта имеется продольный формирующийся рубец, по нижнему краю которого неотторгшаяся клипса.

Пациент выписан под наблюдение у хирурга по месту жительства с рекомендацией провести контрольное эндоскопическое исследование через 6 месяцев.

Выводы:

1. Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое является методом выбора при удалении доброкачественных новообразований, локализующихся в 1-3 слоях стенки желудочно-кишечного тракта.

2. Использование данной технологии позволяет избежать травматичного хирургического вмешательства и сократить сроки временной нетрудоспособности.