

*Г.З. ЩУРУК, О.З. ЩУРУК, З.С. ЩУРУК, О.Г. КОСІЛОВСЬКА,
О.Я. САВЧУК, Ю.І. ШАВАРОВ*

ПОЛІП У СТРАВОХОДІ

*Від-ня оториноларингології (зав. – Г.З. Щурук)
Волин. обл. клін. лікарні (гол. лікар – І.М. Сидор)*

Доброякісні пухлини стравоходу, до яких відносяться поліпи, фіброма, папілома, ліпома, мієлома, зустрічаються рідко. В більшості випадків вони походять з верхнього відділу стравоходу та розташовуються на одній з його стінок. Ці новоутворення зазвичай мають ніжки різної довжини, переважно без крупнокаліберних судин. Поки поліпи відносно невеликі, вони мало турбують хворих, відсутні будь-які клінічні прояви. При збільшенні поліпа, коли утворюється довга ніжка, він стає рухомим, викликаючи низку симптомів цього захворювання: затруднене ковтання, нестримне блювання та ін.; інколи поліп опускається до входу в шлунок.

При переміщенні пухлини в глотку та порожнину рота рефлекторно порушується дихання, з'являється кашель, а інколи виникає загроза асфіксії.

Перші публікації про поліпи у стравоході з'явилися в 1717 р. Причому майже за 200 років описано всього 50 спостережень подібного роду новоутворень.

За даними Б.В. Петровського, до 1955 р. в літературі повідомлялось про 78 розпізнаних та прооперованих доброякісних новоутворень стравоходу. Інформація інших авторів також підтверджує нечасте виявлення таких пухлин: О.А. Наричева (1945) з 1000 – у 6; Г.П. Денягіна (1954) з 400 – у 1; С.А. Алтаєв (1962) з 258 оперованих хворих – у 5. А за останні 40 років ми знайшли 14 публікацій про виявлення поліпів у стравоході.

Як правило, поліпи бувають поодинокими. Розміри видалених поліпів різні. Так,

М.С. Михалевич (1945 р.) описує пухлину шириною 2 см і довжиною 15 см, С.Н. Яралов (1931) – 4 і 10 см, Радевич – 4,5 і 30 см, відповідно.

Діагностика поліпа стравоходу пов'язана з певними труднощами, тому отримати відповідь можна тільки тоді, коли він досягає таких розмірів, що починає турбувати пацієнта.

За допомогою фіброоптичного обладнання з'являється можливість визначити місцезнаходження новоутворення, його довжину та товщину. Лікування при поліпах – виключно хірургічне.

При патогістологічному дослідженні поліпів стравоходу та гортанної частини глотки виявляється фіброматозна тканина, вкрита слизовою оболонкою.

В зв'язку з тим, що в медичній літературі зустрічається дуже мало повідомлень про це захворювання, ми вирішили поділитися власним спостереженням.

Хворий Р., 56 років, направлений у ЛОР-відділення Волинської обласної клінічної лікарні з підозрою на пухлину гортанної частини глотки.

При поступленні 01.03.06 він скаржився на неприємні відчуття в горлі (наявність стороннього тіла з 1998 р), які посилювалися під час прийому їжі і супроводжувались нудотою, неодноразовим блюванням. Під час чергового блювання в 2003 р. він відчув і побачив у дзеркалі м'яке стороннє тіло, яке формою та консистенцією нагадувало невелику ковбаску, котра при ковтанні зникала. При неодноразовому огляді ЛОР-органів (носа, носової, ротової і гортанної

частин глотки та гортані) патологічних змін не знайдено. Фіброезофагоскопія не проводилась у зв'язку з відсутністю фіброоптичного обладнання в цій лікувальній установі.

При фіброезофагоскопії у ЛОР-відділенні обласної лікарні, куди хворих був направлений, виявлено рухоме поліпоподібне новоутворення з гладкою поверхнею, довжиною близько 16 см, на ніжці діаметром 0,4 см, початок якої розташований на передньобоковій стінці стравоходу, дещо нижче від нижнього краю персневидного хряща. На задній поверхні поліпа визначається вена до 2 мм в діаметрі (малюнок).



02.03.06 р. під загальним внутрішньовенним знеболенням з ШВЛ у стравохід

введено ендоскоп. Петлею поліп захоплено та виведено в ротову порожнину, а на проксимальну частину його ніжки накладено дві лігатури, між якими діатермічною петлею пухлину відсічено. Кровотечі не спостерігалось. Новоутворення довжиною 12 см, товщиною в ділянці голівки – 2,5-3 см, в ділянці ніжки – 0,4 см було направлено на патогістологічне дослідження (ПГД).

Висновок ПГД: слизова оболонка вкрита багатошаровим плоским епітелієм з ділянками гіперкератозу, її будова відповідає будові нормальної слизової оболонки стравоходу; строма - фіброзна, добре васкуляризована, з часточками жирової тканини. Д/з: фіброваскулярний поліп.

На 4-й день після видалення поліпа хворий був виписаний з ЛОР-відділення для подальшого амбулаторного спостереження у отоларинголога за місцем проживання. Через 2 міс після виписки він скарж не пред'являв. При контрольній фіброезофагоскопії на місці прикріплення ніжки видаленого поліпа визначався ніжний рубець діаметром до 0,5 см.

Інтерес нашого випадку полягає в особливостях перебігу захворювання, яке протягом довгого часу клінічно не проявлялося, і при цьому не порушувалися функції ротової і гортанної частин глотки та стравоходу. Виявити поліп вдалося лише після набуття ним великих розмірів, коли він періодично переміщувався у глотку та порожнину рота. За допомогою фіброендоскопічного дослідження було визначено місцезнаходження ніжки, її товщина та довжина. Наше спостереження вкотре підтверджує необхідність прислухатися до скарг хворого і проводити комплексне обстеження навіть при відсутності клінічних проявів захворювання.

1. Кононир Н.А. Наблюдение полипа пищевода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1972. – №4. – С. 100.
2. Полубуткин П.В. Полип пищевода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1973. – №5. – С. 110.
3. Шапиро А.Л. Гигантский полип гортаноглотки // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1974. – №4. – С. 104.
4. Андросов М.Д. Два случая полипа пищевода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1964. – №3. – С. 69.

5. Шкабров В.В., Безменова Н.Н. Гигантская липома глотки // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1988. – №6. – С. 51.
6. Александровский Ю.К. Полип пищевода в старческом возрасте // Вестн. оториноларингологии. – 1960. – №1. – С. 94.
7. Пряничников Г.Е. Михалкина Е.Г. Полип пищевода у ребенка 3 лет // Вестн. оториноларингологии. – 1965. - №6. – С. 93.
8. Чиж Г.И., Штейн Ф.И., Наблюдение за больным с полипом гортаноглотки и пищевода // Вестн. оториноларингологии. – 1966. – №6. – С. 72.
9. Ветрин Н.И. Полип гортаноглотки и пищевода // Вестн. оториноларингологии. – 1968. – №4. – С. 107.
10. Фиброма пищевода // Вестн. оториноларингологии. – 1970. – №5. – С. 110.
11. Загарских М.Г. Редкий случай фибромы пищевода // Вестн. оториноларингологии. – 1971. – №5. – С. 110. Іб.
12. Михалевич М.С. Полип пищевода // Вестн. оториноларингологии. – 1945. – 4.
13. Яралов С.Н. Полип пищевода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1931. – 8. – С. 1-2.

Надійшла до редакції 06.09.06.

© Г.З. Щурук, О.З. Щурук, З.С. Щурук, О.Г. Косіловська, О.Я. Савчук, Ю.І. Шаваров, 2006