

---

и ОКТ-сканирование макулярной зоны и области очага, на которых субфовеолярно определялись отслойка нейроэпителия сетчатки, в области патологического очага – интра- и субретинальная жидкость, выраженная неравномерность пигментного эпителия сетчатки с утолщением и волнообразным контуром, а также крупное утолщение хориоидеи. В рамках расширенной диагностики было выполнено МРТ ГМ и лицевого черепа, подтвердившее наличие участка неравномерного утолщения оболочек левого глаза, напоминающего опухоль.

Пациентка была направлена на консультацию к онкоофтальмологу, был выставлен диагноз: D31/3 подозрение на вторичные изменения в хориоидеи левого глаза; вторичная локальная отслойка сетчатки левого глаза. Рекомендованы дообследования для поиска первичной опухоли: маммография, ФГДС, колоноскопия, КТ ОГК, МРТ ОБП и ОМТ.

После проведенных методов диагностики был выставлен окончательный клинический диагноз: рак правой молочной железы с метастазами в правые подмышечные лимфоузлы и кости; лимфогенный карциноматоз; прогрессирование; метастатическое поражение оболочек левого глаза; T1N1M1. Начаты курсы химиотерапии. После 6 курсов наблюдалась положительная динамика по офтальмологическому статусу с формированием атрофических изменений в области описанного очага.

**Выводы.** Необходимо помнить, что широкий спектр онкологических проявлений и симптоматики может имитировать поражение глаза, и наоборот. Онконастороженность и ранняя диагностика онкологических заболеваний является междисциплинарной проблемой, требует мультимодального подхода и совместной работы врачей разных специальностей и разных уровней оказания офтальмологической и онкологической помощи.

---

Седун В.В.<sup>1,2</sup>, Шершень П.И.<sup>2</sup>, Ладутко И.М.<sup>1</sup>, Тарасик Л.В.<sup>2</sup>, Стахивич В.А.<sup>2</sup>, Якута И.М.<sup>2</sup>, Козик Ю.П.<sup>2</sup>, Жогал Е.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

<sup>2</sup> 10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

## **ОПУХОЛЬ ВАНЕКА АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

**Введение.** Согласно данным литературы, воспалительный фиброидный полип или опухоль Ванека, является наименее распространенной доброкачественной мезенхимальной опухолью желудочно-кишечного тракта с излюбленной локализацией в антральном отделе желудка. По сути, это подслизистое образование, представлено очаговой пролиферацией веретенновидных, звездчатых или эпителиоидных клеток может захватывать и слизистую оболочку. Пик заболеваемости приходится на шестую и седьмую декады жизни. Клинические проявления во многом зависят от размера и локализации, но чаще всего включают кишечную непроходимость, боль в животе, инвагинацию и, в редких случаях, кровотечение в ЖКТ.

**Цель.** Показать редкий случай опухоли Ванека осложненной кровотечением и возможности успешного хирургического лечения из эндоскопического доступа.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов хирургического лечения пациента 61 года с опухолью Ванека, находившегося на лечении в городском центре гастродуоденальных кровотечений УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска в 2025 г.

**Результаты и обсуждение.** Пациент считает себя больным в течение 4 суток. Беспокоили боли в эпигастрии, изжога, периодически тошнота и рвота, стул черного цвета. Был доставлен в приемное отделение бригадой скорой помощи с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение. Общее состояние средней тяжести. Пульс 80 уд/мин., ритмичный, АД 110/80 мм. рт. Ст. Перистальтика активная. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Per rectum: тонус сфинктера сохранен, на перчатке кал черного цвета. При поступлении Нb 99 г/л, Ht 30, кровопотеря 25% объема циркулирующей крови. Рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки: легкие в пределах возрастных изменений. Тень сердца расширена влево. Аорта уплотнена. Свободный газ и горизонтальные уровни жидкости не определяются. ЭКГ Синусовый ритм. Резкое отклонение ЭОС влево. ЭГДС при поступлении: в желудке следы измененной крови. В антральном отделе по большой кривизне имеется образование 3x5 см с изъязвлением на верхушке. Заключение: Гигантский полип антрального отдела желудка с изъязвлением верхушки, состоявшееся кровотечение. Биопсия. Показаний к экстренной операции нет. Лечение консервативное, дообследование.

Дополнительные обследования: КТ-ангиография на 2-е сутки: в антральном отделе желудка определяется образование округлой формы накапливающее контрастное вещество, размерами 38x29x30 мм. Лимфоузлы брюшной полости и забрюшинного пространства не определяются. КТ картина образования антрального отдела желудка (tumor). Гиподенсный очаг (жировой плотности) головки панкреас. Экстравазации не выявлено.

Пациенту проводили инфузионную, гемостатическую, антисекреторную терапию, динамическое наблюдение. На 4-е сутки появилась клиника рецидива кровотечения, предложено хирургическое лечение из эндоскопического доступа. Под эндотрахеальным наркозом выполнена ЭГДС с использованием двухканального операционного гастроскопа: в желудке небольшое количество измененной крови. В антральном отделе по большой кривизне, в 2 см. от привратника имеется основание образование 3x5см которое переместилось в дуоденум вытягивая за собой слизистую и стенку антрального отдела желудка. Образование перемещено в желудок при помощи петли и захвата типа «крысиный зуб». Слизистая над образованием по структуре характерна для антрального отдела желудка с изъязвлением на верхушке. Основание образования лигировано последовательным наложением двух лигатур с образованием так называемой «колобашки». Образование отсечено между лигатурами при помощи петли и извлечено для выполнения гистологического исследования. Заключение: неэпителиальное (подслизистое) образование антрального отдела желудка с изъязвлением верхушки, состоявшееся кровотечение.

---

Заключение патологогистологического исследования: Полиповидное, рассеченное образование, размерами 4х3х2,5см, покрыто слизистой от белесого до светло-серо-бурого цвета; Микроскопическое описание: Воспалительный фиброидный полип. ИГХИ CD34+; DOG1.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольная ЭГДС проведена на 9 сутки: лигированное основание удаленного образования антрального отдела некрозу не подверглось. Выполнена петлевая электроэксцизия основания, извлечено для выполнения гистологического исследования.

Заключение патологогистологического исследования: гиперпластический полип антрального отдела желудка с изъязвлением. Н. pylori не обнаружено.

Выписан на амбулаторное лечение на 12 сутки в удовлетворительном состоянии с диагнозом Доброкачественное образование желудка, воспалительный фиброидный полип Ванека, осложненный рецидивирующим кровотечением, постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

**Выводы:**

1. Применение стандартных современных методов диагностики желудочно-кишечного кровотечения позволяет точно диагностировать редко встречающееся заболевание и спланировать объем хирургического вмешательства.
2. Хирургическое вмешательство из эндоскопического доступа, выполненное с использованием новых технических решений, является радикальным, позволяет обеспечить стабильный гемостаз при наименьшей операционной травме и получение материала для качественного патологогистологического исследования.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома  
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»  
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ  
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ  
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,  
посвященной 40-летию  
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

**(Минск, 22 мая 2025 года)**

Минск  
«Профессиональные издания»  
2025