

УДК 616.33-006.363-07/.08

## Современные подходы к диагностике и лечению лейомиом желудка: данные литературы и описание собственного наблюдения

Ю.В. Дуболазова, В.Т. Ивашкин, Н.Н. Напалкова, Т.Л. Лапина, И.М. Шулейкина, С.Б. Кашеваров, А.А. Шептулин, З.А. Лемешко, М.Ю. Коньков, И.А. Соколова, О.А. Склианская

*(Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова)*

### Up-to-date approach to diagnostics and treatment of stomach leiomyomas: literature data and original case presentation

Yu.V. Dubolazova, V.T. Ivashkin, N.N. Napalkova, T.L. Lapina, I.M. Shuleykina, S.B. Kashevarov, A.A. Sheptulin, Z.A. Lemeshko, M.Yu. Kon'kov, I.A. Sokolina, O.A. Sklyanskaya

**Цель представления клинического наблюдения.** На примере собственного наблюдения продемонстрировать особенности диагностики и лечения лейомиом желудка.

**Особенности клинического наблюдения.** У больной отмечалось бессимптомное течение лейомиомы желудка больших размеров. Новообразование было выявлено случайно при плановом динамическом эндоскопическом контроле в связи с имевшимся в анамнезе полипом желудка. Лейомиома была удалена не в результате открытой полостной операции, а с помощью лапароскопической резекции желудка.

**Заключение.** В настоящее время существует комплекс инструментальных методов исследования, позволяющих точно верифицировать диагноз лейомиомы желудка. В лечении этой опухоли могут с успехом применяться методы малоинвазивной хирургии.

**Ключевые слова:** лейомиома желудка, эндоскопия, резекция.

**The aim of clinical case presentation.** To show diagnostics and treatment features of stomach leiomyomas at the example of original case presentation.

**Features of clinical observation.** Patient had asymptomatic course of large gastric leiomyoma. The neoplasm has been revealed accidentally at planned dynamic endoscopic control due to polyp of the stomach in past history of the patient. Leiomyoma has been removed not by major surgery with laparotomic access, but with the help of laparoscopic stomach resection.

**Conclusion.** Nowadays there is a complex of instrumental diagnostic methods that allows to verify precisely the diagnosis of stomach leiomyoma. In treatment of this tumor noninvasive surgery can be successfully applied.

**Key words:** leiomyoma of the stomach, endoscopy, tumor.

Лейомиома (опухоль, состоящая из гладкомышечных веретенообразных клеток) представляет собой основную форму доброкачественных неэпителиальных новообразований желудка.

**Эпидемиология.** Принято считать, что лейомиома желудка (как, впрочем, и все неэпители-

альные опухоли) встречается сравнительно редко (приблизительно в 2% случаев всех опухолей этого органа). Из 82 лейомиом, обнаруженных в желудочно-кишечном тракте, лишь дважды была отмечена их локализация в желудке, в остальных случаях опухоль располагалась в толстой и прямой кишке или пищеводе [7]. Однако последние

работы дают основание пересмотреть это положение. Так, лейомиомы в области пищеводно-желудочного перехода были выявлены у 46% больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу рака пищевода [6], а в биоптатах, взятых из ткани желудка после его удаления по поводу рака, сопутствующая лейомиома обнаруживалась в 3,5–28% случаев [8, 11]. Средний возраст пациентов с лейомиомами желудка около 60 лет.

Лейомиомы желудка имеют вид одиночных или множественных, хорошо отграниченных плотных узлов. Их диаметр не превышает обычно 2 см, но они могут достигать иногда и достаточно крупных размеров (5 см и более) [3]. Данные о преимущественной локализации лейомиом в том или ином отделе желудка расходятся. Некоторые авторы указывают на то, что они располагаются, как правило, в области его тела [12], другие отмечают более частую локализацию в области кардии [13], третьи — более или менее равномерное распределение в различных отделах — кардии (10%), в области свода (12%), в средней трети тела (39%), антральном отделе (20%), области привратника (12%) [2].

**Патологическая анатомия.** При макроскопическом исследовании лейомиомы желудка характеризуются плотноэластической консистенцией и гладкой поверхностью. Прилегающая к опухоли слизистая оболочка внешне остается неизменной, на разрезе опухоль имеет бледно-розовый цвет и волокнистое строение [2]. По данным микроскопического исследования, лейомиома исходит из мышечной пластинки слизистой оболочки или гипертрофированной мышечной оболочки. При этом бывает представлена пучками перпендикулярно ориентированных веретенообразных клеток с сигароподобными ядрами, имеющими тупые концы, а иногда и околядерные вакуоли. При гистохимическом исследовании обнаруживается положительная реакция на деспин, кальпонин, кальдесмон и отрицательная — на CD117 и протеин S-100 [14].

**Клиника.** Лейомиомы желудка часто протекают бессимптомно и выявляются случайно при рентгенологическом или эндоскопическом исследовании [1, 3, 4, 10]. В других случаях (обычно при опухолях размером более 2 см в диаметре) возможны тупые, ноющие боли в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, тошнота.

Клинические проявления лейомиом зависят также от того, в каком отделе располагается опухоль. При ее локализации в выходном отделе желудка могут появиться симптомы, свидетельствующие о нарушении эвакуаторной функции последнего (чувство переполнения и раннего насыщения, рвота пищей, съеденной накануне, и др.). При локализации в области кардии отмечается дисфагия.

Если течение лейомиомы осложняется ее изъязвлением, то нередко наблюдаются симптомы, характерные для обострения язвенной болезни («голодные» и ночные боли, боли, возникающие через 30 мин–1 ч после приема пищи, и пр.). В свою очередь, при изъязвленных формах опухоли могут возникать желудочно-кишечные кровотечения, проявляющиеся меленой или рвотой содержимым типа «кофейной гущи». Чаше эти кровотечения бывают скрытыми и тогда на первый план в клинической картине могут выступать проявления хронической железодефицитной анемии (общая слабость, утомляемость, бледность кожных покровов и т. д.) [1, 4, 10].

**Диагностика.** Поскольку в силу небольших размеров пропальпировать лейомиому обычно не удается, основное место в ее распознавании отводится инструментальным методам.

При рентгенологическом исследовании лейомиомы желудка выглядят как округлые или овальные дефекты наполнения с гладкими, четкими контурами. Слизистая оболочка над опухолью обычно не изменена или может быть несколько растянута, при этом инфильтрация или обрыв складок слизистой оболочки отсутствует. При наличии изъязвления в соответствующем участке выявляется депо бариевой взвеси. Иногда лейомиомы желудка могут обывестивляться. В настоящее время эти опухоли хорошо диагностируются с помощью компьютерной томографии в виде гомогенных контрастируемых образований [12, 13].

В процессе гастродуоденоскопии лейомиома обнаруживается в виде шаровидного или овального выпухания с округлыми и гладкими контурами, причем покрывающая ее слизистая оболочка легко смещается и не отличается от окружающей слизистой оболочки желудка. При распаде части опухоли отмечается изъязвление слизистой оболочки. Диагноз можно подтвердить с помощью биопсии или электроэксцизии участка опухоли с последующим гистологическим исследованием.

При трансабдоминальном ультразвуковом исследовании и эндосонографии желудка лейомиомы выглядят как анэхогенные образования, исходящие из четвертого (иногда из второго) анэхогенного слоя стенки желудка [5, 12].

**Дифференциальная диагностика** в случаях лейомиомы желудка осуществляется, в первую очередь, с лейомиосаркомами. Злокачественное перерождение лейомиом отмечается в 1,4–10% случаев, в основном при опухолях размером более 2–3 см в диаметре [2, 12]. При этом провести разграничение диагноза по данным рентгенологического и эндоскопического исследований часто бывает достаточно сложно. Более информативными следует считать результаты гистологического исследования биоптатов, но и выполнение биопсии у ряда больных может быть сопряжено с

определенными трудностями из-за подслизистого расположения опухоли [4].

Кроме того, лейомиому следует дифференцировать с GIST-опухолями (стромальными опухолями желудочно-кишечного тракта), что точнее всего удастся сделать с помощью иммуногистохимического исследования: GIST-опухоли дают положительную реакцию на CD117 и отрицательную — на десмин [14].

**Лечение.** Больные с лейомиомами желудка (особенно больших размеров) подлежат хирургическому лечению, что диктуется опасностью различных осложнений (прежде всего кровотечений и озлокачествления). При небольших опухолях проводится энуклеация, в том числе без вскрытия просвета желудка, при значительных размерах выполняется его резекция [4]. В последние годы широкое распространение получило удаление лейомиомы с помощью лапароскопической резекции желудка, которое может рассматриваться как альтернатива открытой резекции [15]. Отдаленный послеоперационный прогноз при рассматриваемой патологии вполне благоприятный, рецидивы опухоли возникают редко [9].

Представляем собственное наблюдение успешного лечения больной с лейомиомой желудка.

Больная Ц., 59 лет, поступила в клинику пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ММА им. И.М. Сеченова в январе 2008 г. с жалобами на постоянные, ноющие боли в эпигастрии умеренной интенсивности, возникающие иногда сразу после еды, иногда не связанные с приемом пищи, ноющие боли в правом подреберье.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 10 лет больная наблюдалась гастроэнтерологом по месту жительства в г. Ржеве с диагнозом хронического гастродуоденита, но тщательно не обследовалась. Летом 2007 г. упала с лестницы, в результате чего получила перелом ребер слева.

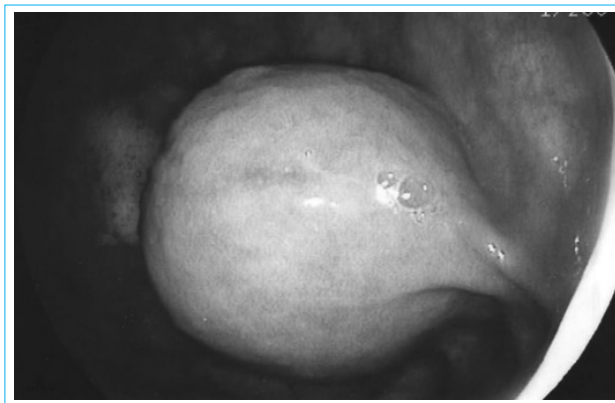


Рис. 1. Эндоскопическая картина лейомиомы в области свода желудка (описания этого и последующих рисунков даны в тексте)

В связи с этим ограничивала себя в еде (отсутствовал аппетит), позднее появились жгучие боли в эпигастрии, левом подреберье, усиливающиеся после еды. По месту жительства была проведена *эзофагогастродуоденоскопия* (ЭГДС), при которой обнаружено небольшое полиповидное подслизистое образование в области свода желудка. По результатам биопсии — подслизистый аденоматозный полип. Рекомендовано динамическое наблюдение.

В декабре 2007 г. амбулаторно в клинике пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ММА им. И.М. Сеченова проведена ЭГДС. В своде желудка выявлено подслизистое эластичное образование до 3,5 см на ножке (рис. 1). Взят материал для морфологического исследования, по данным которого в слизистой оболочке желудка определялась картина резко выраженного хронического воспаления с явлениями умеренного обострения и атрофией, очагами кишечной метаплазии. В одном из 3 биоптатов обнаружено утолщение мышечной пластинки слизистой оболочки с образованием

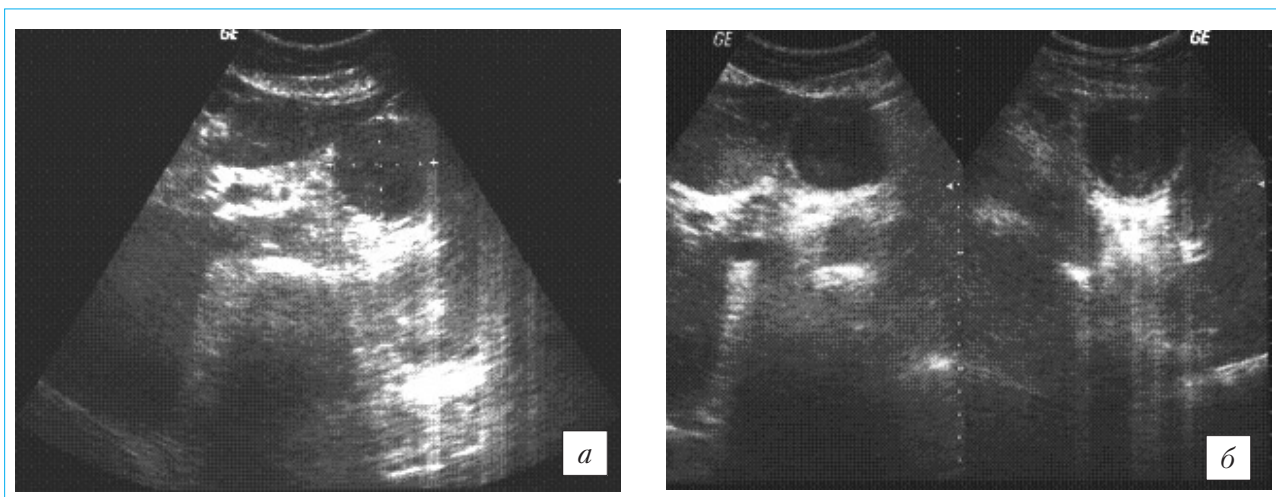


Рис. 2. Лейомиома желудка при ультразвуковом исследовании



Рис. 3. Рентгенологическая картина лейомиомы желудка

очажка из хаотично расположенных мышечных волокон неравномерной толщины — лейомиома. Для дальнейшего лечения госпитализирована в указанную клинику.

При поступлении: состояние больной относительно удовлетворительное.

Кожа обычной окраски. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Частота дыхания 16 в минуту. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке. Частота сердечных сокращений 78 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мяг-

кий, болезненный в эпигастрии, правом и левом подреберьях. Печень у края реберной дуги по *lin. medioclavicularis dextra*.

Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

По данным лабораторных исследований патологии не выявлено. При повторной ЭГДС на границе верхней трети тела желудка и субкардиального отдела по большой кривизне ближе к задней стенке определялась плотная, шаровидная опухоль размером не менее 4 см в диаметре. На вершине — очаги гиперемии и изъязвление до 8 мм, покрытое белым налетом. Слизистая оболочка эластичная, неравномерно окрашена. Привратник и луковица не изменены, свободно проходимы.

При УЗИ органов брюшной полости (рис. 2 а, б) также обнаружено образование по задней стенке желудка, ближе к своду, округлой формы, размером 40×38 мм, с четкими, достаточно ровными контурами. При цветном доплеровском картировании кровотока не зарегистрировано. По периферии образования видны слизистый слой стенки желудка, собственная мышечная пластинка слизистой оболочки и подслизистый слой. Само образование расположено преимущественно в мышечном слое стенки желудка.

В ходе рентгенологического исследования (рис. 3 а, б, в, г) в верхней трети желудка с распространением на субкардиальный отдел выявлялся крупный дефект наполнения округлой формы до 3,5–4,0 см в диаметре (занимал весь просвет желудка), обусловленный образованием. В горизонтальном положении отмечалось смещение образования в сторону дна желудка. На его фоне рельеф слизистой оболочки не прослеживался, ниже образования видны продольные, эластичные складки. Опорожнение желудка не нарушено.

При компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости (рис. 4) в области дна и свода желудка определялось подслизистое мягкотканное образование, исходящее из стенки желудка, расположенное экзофитно. Образование имело



Рис. 4. Лейомиома желудка при компьютерно-томографическом исследовании

четкие, ровные контуры, умеренно накапливало контрастный препарат, структура его неоднородная за счет наличия вакуолей газа (по-видимому, вследствие биопсии). Стенка желудка заметно не утолщена. При полипозиционном исследовании признаков ригидности не выявлено. Окружающая клетчатка структурна, регионарные лимфоузлы не увеличены.

На основании данных обследования поставлен клинический диагноз: лейомиома желудка; хронический гастродуоденит, ассоциированный с *H. pylori*. Назначены квамател 20 мг 2 раза в сутки, панкреатин 1 табл. 4 раза в сутки, ренни 1 табл. 4 раза в сутки, дюспаталин 200 мг 3 раза в сутки. Проведена эрадикационная терапия, включавшая париет 20 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней. На фоне лечения состояние улучшилось: боли в животе и диспептические жалобы исчезли.

Больная проконсультирована хирургом, рекомендовавшим оперативное лечение. В клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ММА им. И.М. Сеченова 28.01.2008 г. была выполнена операция. Под эндотрахеальным наркозом через разрез над пупком введен первый троакар (10 мм) и наложен карбоксиперитонеум. Дополнительно введены троакары в эпигастрии (5 мм), правом подреберье (5 мм), левом подреберье (10 мм), по левой среднеключичной линии (12 мм).

При ревизии: печень несколько увеличена за счет обеих долей, макроскопически не изменена. Желчный пузырь без патологии. В проксимальном отделе желудка (верхняя треть на границе с дном желудка) по большой кривизне определяется округлая опухоль размером 5×5 см, исходящая из стенки желудка, не прорастающая серозный покров.

Осуществлена мобилизация верхней трети желудка по большой кривизне с пересечением двух коротких сосудов желудка гармоническим скальпелем и дополнительным клипированием.

Над опухолью рассечены серозная и мышечная оболочки. Выполнена частичная энуклеация опухоли (на  $1\frac{1}{2}$ ). Произведены вывихивание опухоли из просвета желудка, а затем атипичная резекция большой кривизны, несущая данное образование, с использованием аппарата EndoGIA-30. Линия скрепочного шва состоятельна, протяженность 8 см. Механический шов дополнительно укрыт серо-серозными швами. Осуществлены контроль гемостаза и дренирование левого поддиафрагмального пространства (дренаж 10 мм). Препарат погружен в пластиковый контейнер и извлечен через минилапаротомную (4 см) рану в левом подреберье в месте расположения троакара (10 мм).

Макропрепарат (рис. 5 а, б): удаленная опухоль, исходящая из стенки желудка, линия резекции прошла на 2–3 см от питающей ножки, опухоль на разрезе белесоватого цвета.

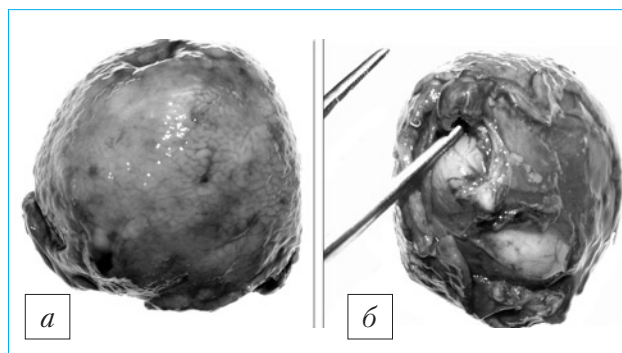


Рис. 5. Макропрепарат удаленной опухоли (а); опухоль на разрезе (б)

Микропрепарат: опухоль построена из хаотично расположенных мышечных волокон различной толщины, между ними тонкие прослойки соединительной ткани (рис. 6 а); опухоль располагается в подслизистом слое, заключена в капсулу (рис. 6 б); при окраске пикрофуксином по Ван-Гизону прослойки соединительной ткани и капсула окрашиваются в красный цвет, а мышечные волокна — в желтый, что подтверждает происхождение опухоли из мышечной ткани (рис. 6 в). Представленная лейомиома отличается большим количеством клеток (клеточная лейомиома); атипичные митозы, свидетельствующие о злокачественном характере опухоли, отсутствуют (рис. 6 г); видны многочисленные очаги, где опухоль построена из кровеносных сосудов. Поскольку в равной мере имеются и мышечный, и сосудистый компоненты, опухоль можно назвать ангиолейомиомой (рис. 6 д). Слизистая оболочка над опухолью местами резко истончена, с диффузной воспалительной инфильтрацией — картина выраженного хронического атрофического гастрита (рис. 6 е). Кроме того, имеются участки кишечной метаплазии: кишечный эпителий

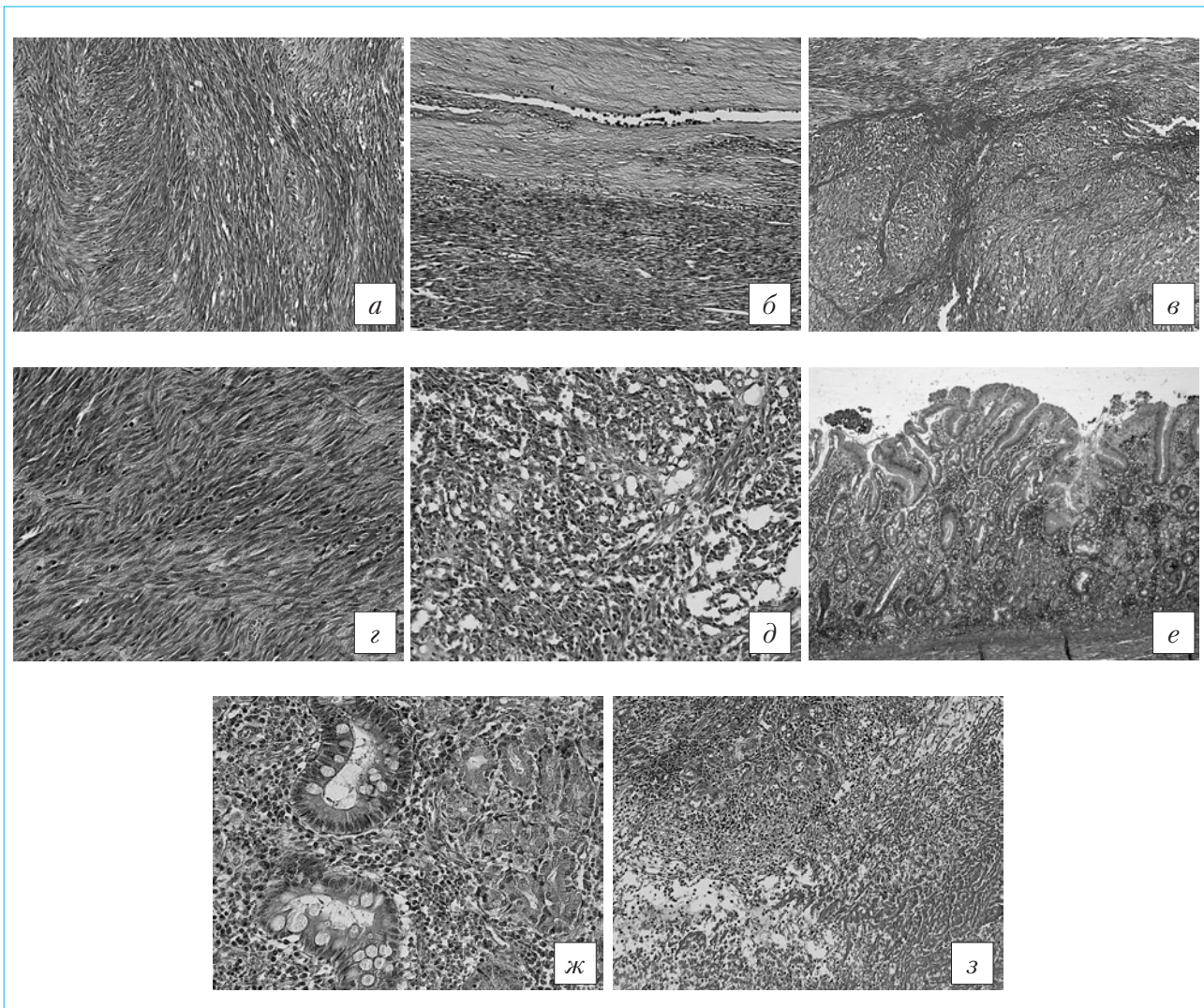


Рис. 6. Микропрепарат лейомиомы желудка: окраска гематоксилином и эозином,  $\times 100$  (а, б, г, е, з), гематоксилином и эозином,  $\times 400$  (ж), пикрофуксином по Ван-Гизону,  $\times 100$  (з)

с бокаловидными клетками слева, париетальные клетки справа (рис. 6 ж). Слизистая оболочка над опухолью изъязвлена, некротизирована: справа внизу — участок некроза, слева вверху — грануляционная ткань (рис. 6 з).

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, представленное наблюдение

свидетельствует о том, что в диагностике лейомиом желудка достаточно информативными могут оказаться различные инструментальные методы — рентгенологический (включая КТ), эндоскопический, ультразвуковой, гистологический. При лечении больных с лейомиомами желудка вместо традиционной полостной операции может с успехом применяться лапароскопическая резекция желудка.

#### Список литературы

1. *Василенко В.Х., Гребенев А.Л.* Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Медицина, 1981. — 344 с.
2. *Василенко В.Х., Рапопорт С.И., Сальман М.М.* и др. Опухоли желудка. — М.: Медицина, 1989. — 288 с.
3. *Золотаревский В.Б., Берестова А.В.* Патологическая анатомия доброкачественных опухолей желудка: Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. *Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева.* — Т. 1. — М.: Медицина, 1995. — С. 560–562.
4. *Кузин Н.М.* Доброкачественные опухоли желудка: Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. *Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева.* — Т. 1. — М.: Медицина, 1995. — С. 562–570.
5. *Лемешко З.А., Расулов М.И., Османова З.М.* Трансабдоминальное УЗИ в диагностике лейомиом желудка // *Клин. мед.* — 2006. — № 12. — С. 57–59.

6. *Abraham S.C., Krasinskas A.M., Hofstetter W.L.* et al. «Seedling» mesenchymal tumors (gastrointestinal stromal tumors and leiomyomas) are common incidental tumors of the esophagogastric junction // *Am. J. Surg. Pathol.* – 2007. – Vol. 31. – P. 1629–1635.
7. *Agaimy A., Wunsch P.H.* True smooth muscle neoplasms of the gastrointestinal tract: morphological spectrum and classification in a series of 75 cases from a single institute // *Langenbecks Arch. Surg.* – 2007. – Vol. 392. – P. 75–81.
8. *Chang F.Y., Shih C.Y., Lee S.D., Tsay S.H.* The incidentally found leiomyoma that was in a resected stomach and its follow-up // *Hepatogastroenterology.* – 1998. – Vol. 45. – P. 563–566.
9. *Chou F.F., Eng H.L., Sheen-Chen S.M.* Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract: analysis of prognostic factors // *Surgery.* – 1996. – Vol. 119. – P. 171–177.
10. *Hotz J.* Tumoren des Magens // *Gastroenterologie / Hrsg. H. Goebell.* – München–Wien–Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1992. – S. 454–465.
11. *Kawanowa K., Sakuma Y., Sakurai S.* et al. High incidence of microscopic gastrointestinal stromal tumors in the stomach // *Hum. Pathol.* – 2006. – Vol. 37. – P. 1527–1535.
12. *Klinische Gastroenterologie / Hrsg. E.G. Hahn, J.F. Riemann.* – Bd. 1–2. – Stuttgart–New York: Georg Thieme Verlag, 2000. – 2189 s.
13. *Lee M.J., Lim J.S., Kwon J.E.* et al. Gastric true leiomyoma: computed tomographic findings and pathological correlation // *J. Comput. Assist. Tomogr.* – 2007. – Vol. 31. – P. 204–208.
14. *Montgomery E., Fisher C.* Gastrointestinal mesenchymal tumors // *Gastrointestinal and liver pathology / Eds. Ch.A. Iacobuzio-Donahue, E.A. Montgomery.* – Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2005. – P. 204–234.
15. *Tarcoveanu E., Bradea C., Dimofte G.* et al. Laparoscopic wedge resection of gastric leiomyoma // *J. Soc. Laparoendosc. Surg. Publ.* – 2006. – Vol. 10. – P. 368–374.