

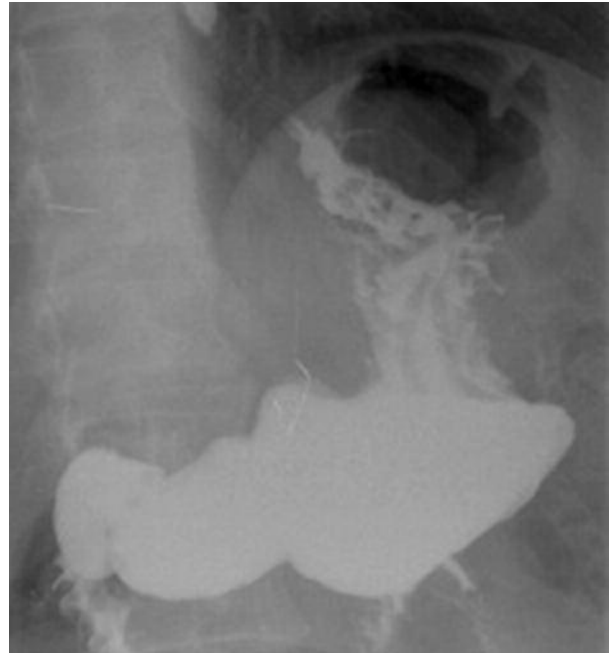
## ПОДСЛИЗИСТАЯ ЛЕЙОМИОМА ЖЕЛУДКА. СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.

К врачу-хирургу обратился больной С., 54 лет с жалобами на разлитые боли в эпигастрии, тошноту, черный стул, плохой аппетит. Боли усиливаются после приема пищи. Такое состояние появилось неделю назад, после повышенной физической нагрузки. Самостоятельно принимал антацидные препараты, связывая ухудшение состояния с обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, которой болеет на протяжении многих лет. Состояние его не улучшалось, и он обратился к врачу районной поликлиники.

**Объективное обследование.** Состояние больного относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Пульс 76 уд./мин. АД 120/80. Больной повышенного питания. Акт глотания не нарушен, язык слегка обложен, влажный. Живот правильной формы, не вздут, участвует в акте дыхания всеми отделами, перистальтика выслушивается, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастрии, без перитонеальных симптомов. Печень не увеличена, желчный пузырь и селезенка не пальпируются. Расстройства стула нет. Периаанальная область не изменена. Пальпация стенок прямой кишки безболезненная. Органической патологии на высоте пальца нет. В ампуле прямой кишки каловые массы. Нависания стенок прямой кишки нет. На перчатке следы кала черного цвета.

Экстренная ЭГДС в день поступления. Пищевод свободно проходим, слизистая его ровная, розовая. Кардия смыкается полностью. В желудке слизь с прожилками бурого цвета. Складки средней величины, эластичны. Слизистая оболочка желудка гиперемирована. В области дна желудка шаровидная опухоль плотной консистенции диаметром 5,5-6 см, расположение подслизистое, стенки гладкие. На вершине опухоли округлый дефект диаметром 0,8 см с наложениями некротических масс. В момент осмотра кровотечения нет. Привратник округлый. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, слизистая гиперемирована, по задней стенке рубец звездчатой формы. Заключение: Изъязвленная подслизистая опухоль желудка, осложнившаяся кровотечением. Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Биопсия: лейомиома. Больному назначен курс консервативной терапии, направленный на остановку кровотечения и стабилизацию процесса.

Через 1,5 недели с момента госпитализации рекомендовано провести контрастную рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта с применением двойного контрастирования. Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Акт глотания не нарушен, пищевод свободно проходим, эластичность сохранена. Кардия смыкается полностью. Желудок имеет форму рога, смещаемость его достаточная, стенки эластичны. Перистальтика глубокая, прослеживается на всем протяжении. В области свода желудка с переходом на кардию определяется однородная тень круглой формы диаметром около 5х6 см, с четкими конту-



**Рис. 1.** Рентгенограмма желудка в прямой проекции стоя. В области свода и кардиального отдела на фоне газового пузыря определяется округлая тень с четкими границами.



**Рис. 2.** Рентгенограмма желудка лежа в левой задней косой проекции в фазе двойного контрастирования – округлая тень в области свода желудка определяется более четко

рами, рельеф слизистой в этом отделе деформирован. Эвакуация из желудка не нарушена. Складки слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки утолщены, сама луковица рубцово деформирована. Начальные отделы тонкой кишки без патологических изменений. Заключение: доброкачествен-



**Рис. 3.** Прицельный снимок, произведенный при ЭГДС. В теле желудка определяется шаровидная опухоль, имеющая гладкие контуры с округлым дефектом на вершине диаметром 0,8 см с наложением некротических масс.

ная опухоль желудка с изъязвлением (лейомиома).

Учитывая размер, локализацию опухоли и наличие изъязвления, было принято решение выполнить больному операцию в объеме проксимальной резекции желудка. По данным гистологического исследования операционного материала у больного подслизистая лейомиома желудка с изъязвлением. Послеоперационный период протекал обычно. Рана зажила первичным натяжением. После снятия швов больной в удовлетворительном состоянии выписан домой с рекомендацией провести контрольную ФГДС через полгода.

### Краткая справка

Лейомиома желудка — это доброкачественная неэпителиальная опухоль, исходящая из мышечных волокон. Встречается она редко: у 0,5—3,6% больных с опухолями желудка, располагается главным образом в подслизистом, мышечном или подсерозном слоях желудка. Большинство лейомиом обнаруживаются на задней стенке средней и нижней трети тела желудка (39%) и в антральном отделе (26%), реже — в зоне привратника (12%), свода (12%) и кардии (10%). Лейомиомы подвижны, имеют округлую или овальную форму, гладкую поверхность, четкие границы, могут достигать больших размеров, иногда имеют ножку. Они хорошо изолированы от слизистой оболочки соединительнотканной капсулой. Чаще лейомиомы одиночны, редко — множественны. Примерно в половине случаев они изъязвляются. Изъязвление иногда представляется в виде раскрывшегося лепестка. В центре его может находиться питающий лейомиому кровеносный сосуд. При его эрозии возникает массивное кровотечение с частыми рецидивами, самопроизвольно оно обычно не останавливается. Атака за атакой приводят к массивной кровопотере. Лейомиомы относятся к числу наиболее часто обызвествляющихся опухолей желудка.

При микроскопическом исследовании лейомиома представляет собой гладкие мышечные волокна различной толщины, расположенные хаотично.

Причины возникновения лейомиом достоверно не известны. Считается, что возникновению лейомиомы желудочно-кишечного тракта способствуют: хронический воспалительный процесс в пищеварительной системе, несбалансированное питание, травмы слизистой оболочки органов пищеварительной системы, снижение иммунитета.

Доброкачественные опухоли желудка распознаются с помощью рентгенологического и эндоскопического методов исследований. Однако морфологическая характеристика доброкачественных опухолей по рентгенологическим данным весьма затруднительна или невозможна. Поэтому в практической работе обычно ограничиваются заключением «доброкачественная опухоль желудка».

Основным рентгенологическим признаком доброкачественных опухолей желудка является дефект наполнения округлой или овальной формы с четкими, ровными контурами, иногда подвижный (при наличии ножки). При изъязвлении слизистой оболочки в центре такого дефекта наполнения выявляется ниша, обычно неглубокая. При глубоких изъязвлениях кратер проникает внутрь опухолевого узла. Складки слизистой оболочки на границе с доброкачественной опухолью не обрываются, а, раздвигаясь, огибают ее (при небольших размерах опухоли) или переходят на опухоль, постепенно истончаясь (при крупных опухолях, а также сидящих на широком основании или исходящих из глубоких слоев стенки желудка).

При чрезмерной компрессии иногда на снимке виден ложный симптом «обрыва» складок.

При доброкачественных, даже крупных опухолях практически полностью сохраняется эластичность и сократительная способность стенки желудка в зоне поражения. При этом перистальтические волны на уровне опухоли не прерываются. Высокорасположенные доброкачественные опухоли лучше распознаются при исследовании желудка в условиях двойного контрастирования. При экзогастральном росте опухоли выявляют признаки давления на стенку желудка извне, т.е. краевой дефект наполнения и соответствующее ему дугообразное отклонение складок и сглаживание рельефа слизистой оболочки в области дефекта наполнения, тесно связанного со стенкой желудка. Однако истинные размеры и характер такой опухоли лучше определяются при исследовании желудка в условиях пневмоперитонеума (париетография).

Дифференциальная рентгенодиагностика между маленькой раковой и доброкачественной опухолью весьма затруднительна, что обязывает прибегать к гастроскопии с гастробиопсией. При наличии осложнений (изъязвление, озлокачествление и др.) выявляют дополнительные рентгенологические симптомы, свойственные конкретному осложнению. При этом о злокачественном перерождении свидетельствуют быстрое увеличение размеров опухоли, изменение ее типичной формы, изъязвление, появление ригидности стенки вокруг опухоли и наличие достоверного симптома «обрыва» складок слизистой оболочки.

Лечение лейомиомы только хирургическое. Прогноз при своевременном оперативном лечении благоприятный.