

СЕКЦИЯ 16
«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

УДК 616.33-006.68-08

СЛУЧАЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Авраменко С. А.¹, Жандаров М. Ю.², Андриюшечкин А. К.²

Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»**

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО, англ. *GIST*) — это саркома, развивающаяся из интерстициальных клеток Кахаля (ICC), которые обычно находятся в желудочно-кишечном тракте. Опухоль имеет эллиптическую или дольчатую форму, может иметь ножку, в некоторых случаях изъязвляется. О злокачественном потенциале опухоли говорят ее размер (более 4 см), нечеткие контуры, узловатая форма, анэхогенные либо гиперэхогенные включения при ультразвуковом исследовании [1]. В данной статье будет рассмотрен клинический случай ГИСО желудка, являющейся самой распространенной вариацией данного образования.

Цель

Описание клинического случая ГИСО желудка, изучение морфологических и клинических особенностей патологии.

Материал и методы исследования

У пациента М., 41 год, при выполнении планового фиброгастродуоденоскопического исследования в сентябре 2021 г. и УЗИ органов брюшной полости обнаружено образование желудка размером 4 см, что явилось поводом для госпитализации. Общий осмотр пациента: состояние удовлетворительное, сознание ясное, телосложение правильное; кожные покровы, видимые слизистые без изменений; лимфоузлы не увеличены, костно-мышечная и суставная система без отклонений от нормы; пульс 74 уд/мин ритмичный, артериальное давление 110/75 мм рт. ст., температура тела 36,6, вес 84, рост 174; суставы в норме; дыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца чистые, ясные, ритмичные, шумов нет; язык чистый; живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный, печень не увеличена, селезенка и почки не пальпируются, мочеиспускание нормальное; стул ежедневный, отеков нет.

Для уточнения характера роста выявленного новообразования пациенту выполнена мультиспиральная компьютерная ангиография. При анализе данных использованы аксиальные срезы и их мультипланарные и объемные реформации.

В антральном отделе желудка, по задней стенке выявлено подслизистое неоднородное образование размером 30×44×46 мм, накапливающее контраст, неоднородной внутренней структуры, с участком изъязвления. Другие органы: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, надпочечники, почки, аорта — не изменены. Эндоскопическая ультрасонография: образование размером 24×39 мм с предположительно высоким злокачественным потенциалом.

Заключение: образование желудка, которое соответствует ГИСО.

При диагностической лапароскопии, по большой кривизне желудка, определяется внутривисцеральная подвижная опухоль около 5 см в диаметре. Выполнена верхнесрединная лапаротомия с мобилизацией желудка по большой и малой кривизне с аппаратной резекцией в объеме 2/3 по Бильрот-1 с формированием гастродуоденоанастомоза. При последующей ревизии органов брюшной полости, другой патологии со стороны печени, поджелудочной железы, селезенки, желудка не выявлено. Парааортальные и регионарные лимфоузлы желудка не увеличены. Операционный материал отправлен на патологоанатомическое исследование.

Микроскопическое описание: образование, локализующееся в стенке желудка, с четким контуром, построенное из веретеновидных клеток, располагающихся в виде псевдопалисада (рисунок 1), с наличием шванномоподобных структур, диффузной слабой инфильтрацией гематогенными элементами (лимфоциты, плазмциты, тучные клетки), очаговым микроваскулитом и единичными митозами (рисунок 2).

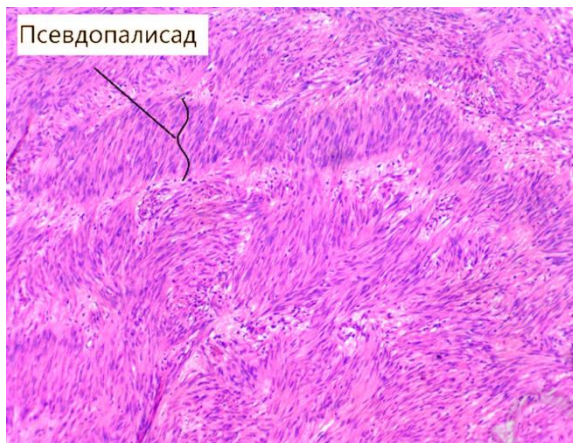


Рисунок 1 — Опухоль ×10



Рисунок 2 — Опухоль ×40

На основании морфологического исследования выставлен заключительный диагноз: гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) желудка, веретеноклеточный тип с палисадообразными структурами, с низким риском агрессивного поведения (размер 3,6 см, митотическая активность — до 3 митозов на 50 п/з (×400)). В краях резекции рост опухоли не обнаружен.

Результаты исследования и их обсуждение

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) считаются редкими мезенхимальными новообразованиями, первичная заболеваемость оценивается от 7 до 20 случаев на 1 млн человек в год. Однако среди злокачественных подслизистых образований желудочно-кишечного тракта именно ГИСО являются наиболее распространенными. Диагностируют заболевание, как правило, у пациентов старше 60 лет, без выраженного полового диморфизма. ГИСО могут обнаруживаться на всем протяжении пищеварительной трубки, чаще всего они локализуются в желудке (50–60 %) или в тонкой кишке (25–35 %), также могут встречаться в толстой (<7 %) или прямой (<5 %) кишке, очень редко в пищеводе (1 %). Встречаются первичные ГИСО, локализующиеся вне полых органов, например, в сальнике или забрюшинном пространстве [2].

В составе опухоли обнаруживаются два основных типа клеток: веретенообразные и эпителиоидные, морфологическая картина напоминает гладкомышечную опухоль, но их можно различить при иммунофенотипировании по экспрессии иммуногистохимического маркера c-kit (CD117) и CD34. Могут обнаруживаться гигантские клетки и коллагеновые пучки [3]. Установлено, что пусковым

фактором для развития опухолевой прогрессии является мутация гена *c-kit*, расположенного в 4-й хромосоме. При наличии мутации образуется мутантный белок — рецептор (СКИТ), запускающий каскад внутриклеточных сигналов, что приводит к стимуляции митотической активности и пролиферации клеток.

На начальном этапе развития опухоли специфические симптомы отсутствуют, поэтому часто патология остается нераспознанной или обнаруживается только при плановых эндоскопических обследованиях. При прогрессировании GIST представляет собой внутривисцеральный (подслизистый) узел, который вдаётся в просвет органа (склонны к экзофитному, экстраорганным росту). Над опухолевым узлом на слизистой оболочке может образоваться язва и послужить источником желудочно-кишечного кровотечения (от скрытого до массивного), что при прорастании серозного покрова может стать источником внутрибрюшного кровотечения.

Все виды GIST потенциально злокачественны и метастазируют преимущественно гематогенным путем. Наиболее часто метастазы обнаруживают в печени (60 %), на брюшинном покрове (30 %), в костях (6 %) и в легких (2 %). Регионарные лимфоузлы поражаются редко (6–8 %). Именно это обстоятельство позволяет рассчитывать на радикальное вмешательство даже при опухолях больших размеров.

Для дифференциальной диагностики используются эндоскопическая ультрасонография и компьютерная томография. Морфологическое исследование опухоли с применением иммуногистохимических специфических маркеров позволяет наиболее точно верифицировать ГИСО [4].

Выводы

Описанный в данной статье клинический случай представляет типичную клинико-морфологическую картину ГИСО. Успешность лечения данной патологии напрямую зависит от своевременности диагностики вышеупомянутыми методами исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chak, A. EUS in submucosal tumors / A. Chak // *Gastrointest Endosc.* 2002. Vol. 56, № 4. Suppl. P. 43–48.
2. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: классификация, диагностика и лечение / Л. А. Вашакмадзе [и др.] // *Онкология. Журнал им. П. А. Герцена.* 2013. № 2(2). С. 66–70.
3. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (диагностика, лечение): практ. рекомендации. М., 2008. 53 с.
4. Бредихина, Е. В. Диагностика и лечение гастроинтестинальных стромальных опухолей (обзор литературы) / Е. В. Бредихина, Е. М. Бредихин // *Медицинские новости.* 2017. № 2. С. 4–7.

УДК 618.3:618.36-002-091

ХАРАКТЕР ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕДОВ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Бодрова А. В., Бодрова М. В.

Научный руководитель: ассистент А. В. Мишин

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

По данным Всемирного конгресса акушеров и гинекологов (Малайзия, 2006) частота неразвивающейся беременности (НБ) в мире составляет 88,6 %, в России 37 %, США 15 %, в Англии 62,8 %. В последние годы отмечается рост НБ на 20 %. Рост НБ обусловлен многофакторностью этиологии и патогенетических механизмов прерывания беременности раннего срока, отсутствием адекватного мониторинга осложнений и несовершенством методов диагностики [1].