

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОДСЛИЗИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА**

**Маевская Т.В., Слободин Ю.В.**

*ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами  
Президента Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь*

## **DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SUBMUCOSAL FORMATIONS OF THE STOMACH**

**Maevskaya T.V., Slobodin U.V.**

*The Republic Clinical Medical Center of the Office of the President the Republic of  
Belarus, Minsk, Belarus*

**Введение.** Подслизистые образования (ПО) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представляют собой группу гетерогенных образований, происходящих из различных слоев его стенки и характеризующихся, как правило, относительно медленным ростом и практически бессимптомным течением. Согласно данным литературы, они составляют около 5% от всех новообразований верхних отделов ЖКТ, чаще всего встречаются в желудке (до 60% случаев) и обычно выявляются при проведении рутинной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

Термин «подслизистое образование» был предложен в 1959 году Шиндлером, который впервые описал эндоскопическую картину доброкачественной подслизистой опухоли желудка. В настоящее время данный термин включает в себя различные образования мышечного, невrogenного, сосудистого и смешанного происхождения, а также пороки развития - эктопию поджелудочной железы и кисты. Длительное время данные образования трактовались как доброкачественные и подлежали динамическому наблюдению. Однако выделение группы гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО), обладающих злокачественным потенциалом, требует своевременного и радикального подхода к их лечению. Крайне актуальным является вопрос диагностики ПО желудка и, особенно, дифференциальной диагностики между образованиями мышечного происхождения (ГИСО и лейомиомой).

Применение методики эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) позволяет дифференцировать различные виды ПО желудка, оценить их размер, принадлежность к определенному слою стенки, эхоструктуру, контур, предположить гистологическую структуру, провести дифференциальную диагностику с внеорганными структурами.

**Цель** нашего исследования: улучшить результаты диагностики и лечения у пациентов с ПО желудка.

В публикации будет представлен опыт диагностики ПО желудка с применением методики ЭУС в отделении эндоскопии и опыт лечения группы пациентов с выявленными ГИСО и нейроэндокринными образованиями (НЭО).

**Материалы и методы:** за период с января 2018 года по август 2024 года включительно в отделении эндоскопии ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь эндосонография была выполнена 214 пациентам с ПО желудка или с подозрением на их наличие.

Перед проведением ЭУС всем пациентам проводилась ЭГДС. При проведении ЭГДС использовалась видеэндоскопическая система Pentax EРK-i7010 с эзофагогастродуоденоскопами Pentax EG-27i10 и Pentax EG-29i10 или эндоскопическая система Olympus EVIS EXERA III с эзофагогастродуоденоскопом Olympus GIF-N190. При проведении ЭГДС были выявлены ПО желудка или подозрение на их наличие. ЭГДС проводились в условиях внутривенной анестезии, под местной анестезией с применением аэрозоля 10% лидокаина или без анестезии.

Для проведения ЭУС использовалась эндоскопическая система Pentax EРK-i7010 с ультразвуковым процессором Nobulus и эхоэндоскопами с радиальным или конвексным датчиками. ЭУС проводились в условиях внутривенной анестезии. При проведении эндосонографии мы оценивали следующие критерии: 1) слой стенки желудка, из которого исходит и в котором расположено образование; 2) размер образования; 3) четкость контура образования; 4) наличие капсулы; 5) однородность или неоднородность эхоструктуры; 6) экзогенность образования; 7) отсутствие или наличие кровотока и его выраженность; 8) наличие или отсутствие регионарных лимфатических узлов. Пациентам с подозрением на ГИСО и нейроэндокринные образования (НЭО) проводилась эндоскопическая гистологическая верификация.

**Результаты и обсуждение.** Результаты проведенных 214 эндосонографий желудка были следующие: 1) В 79 наблюдениях (36,9 %) была выявлена лейомиома, исходящая как из собственной мышечной пластинки слизистой оболочки (второй слой стенки желудка) (15 случаев, 19,0%), так и из собственного мышечного слоя (четвертый слой стенки желудка) (64 случая, 81,0%). 2) В 45 случаях (21,0%) была выявлена липома, исходящая из подслизистого слоя (третий слой стенки желудка). 3) В 35 наблюдениях (16,4%) данных за наличие ПО стенки желудка получено не было, и была выявлена экстраорганный компрессия за счет прилегания сосудов и смежных органов. 4) В 21 случае (9,8%) была выявлена аберрантная поджелудочная железа, расположенная в подслизистом (третьем) слое стенки желудка. 5) В 12 наблюдениях (5,6 %) были выявлены эндосонографические признаки ГИСО, которая в 1 случае (8,3%) исходила из собственной мышечной пластинки слизистой оболочки (второй слой стенки) и в 11 случаях (91,7%) исходила из собственного мышечного слоя (4 слой стенки желудка). 6) В 8 случаях (3,7%) были выявлены эпителиальные образования желудка. 7) В 6 наблюдениях (2,8%) была выявлена киста стенки желудка, расположенная в подслизистом (третьем) слое стенки желудка. 8) В 4 наблюдениях (1,9%) эндосонографически были выявлены

НЭО, исходящие из второго слоя стенки желудка (в 1 случае (25%) НЭО было одиночное и в 3 случаях (75%) НЭО были множественные). 9) В 2 случаях (0,9%) был выявлен фиброзно-воспалительный полип, исходящий из подслизистого (третьего) слоя. 10) В 2 случаях (0,9%) было выявлено очаговое утолщение стенки желудка за счет воспалительного процесса с сохранением дифференцировки слоев.

Пациентам с ПО желудка с эндосонографическими признаками ГИСО эндоскопически была проведена гистологическая верификация (12 наблюдений), в результате которой в 11 случаях гистологически они были подтверждены как образования мышечного генеза (из них иммуногистохимически в 10 наблюдениях были верифицированы ГИСО, в 1 наблюдении – лейомиома). Одно образование, эндосонографически расцененное как подозрительное к ГИСО, было гистологически верифицировано как аберрантная поджелудочная железа. Пациентам с ПО желудка с эндосонографическими признаками НЭО (4 наблюдения) гистологически были верифицированы НЭО.

Результаты лечения: 10 пациентам с гистологически верифицированным диагнозом ГИСО желудка было проведено оперативное лечение. ГИСО, исходящая из второго слоя стенки желудка (1 наблюдение), была удалена эндоскопически методом диссекции в подслизистом слое. ГИСО (9 наблюдений), исходящие из четвертого слоя стенки желудка, были удалены хирургически (из них 8 наблюдений - лапароскопическая резекция желудка; 1 наблюдение - лапаротомия, резекция желудка). При гистологическом исследовании операционного материала у всех пациентов была подтверждена ГИСО. Пациентам с множественными НЭО желудка (3 наблюдения) была произведена лапароскопическая гастрэктомия. Пациенту с одиночной НЭО желудка (1 наблюдение) было проведено ее эндоскопическое удаление методом диссекции в подслизистом слое.

**Выводы.** Согласно нашим результатам, наиболее часто встречающимся ПО в желудке являлась лейомиома (36,9%), которая в большинстве случаев (81%) исходила из четвертого (собственного мышечного) слоя стенки желудка, и липома (21,0%), исходящая из третьего (подслизистого) слоя стенки желудка.

В настоящее время эндосонография является одним из самых информативных и точных методов диагностики ПО желудка. ЭУС, при необходимости в сочетании с гистологической верификацией, позволяет поставить правильный диагноз, подтвердить наличие ПО, дифференцировать различные виды ПО, выявить потенциально злокачественные образования, такие, как ГИСО, определить дальнейшую тактику ведения пациентов с ПО желудка и при необходимости своевременно провести радикальное эндоскопическое или хирургическое лечение.