

УДК616.33-006.38.03

НЕЙРОФИБРОМА ЖЕЛУДКА

Н.И. Прокопчик¹, А.С. Гривачевский², С.П. Жигулич³, О.В. Андреева³¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь² УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь³ УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро», Гродно, Беларусь

Приведено описание редкой опухоли желудка - нейрофибромы, осложненной желудочно-кишечным кровотечением. Диагноз был верифицирован после патоморфологического исследования операционного материала.

Ключевые слова: нейрофиброма, желудок.

Доброкачественные неэпителиальные опухоли желудка встречаются редко и составляют 0,5–4% всех его опухолей. В связи с этим они описываются, как правило, в виде отдельных наблюдений и лишь некоторые авторы располагают опытом лечения более 10 больных [1]. Неэпителиальные опухоли развиваются из структурных элементов стенки желудка - мышц, жировой и соединительной ткани, сосудов, нервов, а также из дистопированных зачатков поджелудочной железы [2]. Частота лейомиом среди доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка составляет 38,5%, липом - 14,1%, фибром 12,3%, нейрогенных опухолей 5,3%, хористом 3,5%, ангиом 1,8%. В 1,4% случаев отмечается трансформация этих опухолей в саркому [3].

Как известно, нейрофиброма развивается из элементов эндоперинеурия и связана с нервными стволами [4]. Она также может быть проявлением множественного нейрофиброматоза (болезни Реклингхаузена).

Клинические проявления зависят от локализации опухоли по отношению к привратнику и кардии, а также от характера роста по отношению к окружающим тканям. Опухоль может протекать асимптомно и обнаруживаться случайно при рентгенологическом или эндоскопическом исследовании. Наиболее частым симптомом этих опухолей являются боли различной интенсивности, постоянные или кратковременные, возникающие как после приема пищи, так и натощак, иногда усиливающиеся при перемене положения тела. При осложненном течении опухоли может возникнуть кровотечение, перитонит вследствие некроза опухоли и перфорации желудка, непроходимость желудка при ущемлении опухоли в привратнике. Иногда кровотечение является единственным симптомом заболевания, приводящим к стойкой анемии. Большинство доброкачественных опухолей локализуется на задней стенке желудка в средней и нижней трети; реже встречаются опухоли на передней стенке. Эти опухоли, как правило, имеют округлую форму, гладкую поверхность и четкие границы, иногда могут достигать больших размеров. В последнем случае возможно изъязвление поверхности опухоли. По клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным может быть выказано лишь предположение о доброкачественной природе опухоли, провести их внутригрупповую дифференциальную диагностику не представляется возможным. Рентгенолог, обнаружив дефект наполнения с четкими, ровными контурами на фоне неизменной слизистой оболочки при сохранении эластичности и нередко сократительной способности желудка, имеет право ограничиться постановкой диагноза доброкачественной неэпителиальной опухоли желудка. Эффективным диагностическим методом может явиться гастроскопия с биопсией. Однако в случаях, когда опухоль покрыта слизистой оболочкой, биопсия может оказаться неинформативной. Верифицировать характер доброкачественной

опухоли желудка чаще всего удается только после патоморфологического исследования операционного материала [1, 3].

Приводим наше наблюдение

Больной М., 33 лет, был доставлен в дежурную больницу с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. При обследовании больного установлено, что источником кровотечения является изъязвленная опухоль большой кривизны тела желудка. В результате консервативной терапии кровотечение было остановлено, показатели гемограммы нормализованы и больной для дальнейшего обследования и лечения был направлен в онкологическое отделение №5 УЗ «ГОКБ».

При поступлении в онкологическое отделение больной предъявлял жалобы на периодически возникающий дискомфорт и боли в эпигастрии, вздутие живота. Общий анализ крови: эр. $5,0 \cdot 10^{12}/л$; Нв - 161 г/л; лейкоциты $5,96 \cdot 10^9/л$; баз. 1%, эоз. 4%, пал. - 5%, сегм. 52%, лимф. 34%, мон. 4%; СОЭ 9 мм/час. Цветной показатель 0,97; гематокрит 0,48; тромбоциты - $251 \cdot 10^9/л$. Показатели гемостазиограммы, биохимического исследования крови, а также анализ мочи в пределах нормы. Фиброгастроскопия: пищевод и кардия без особенностей. В желудке содержится жидкость и слизь, перистальтика прослеживается во всех отделах, складки слизистой полностью расправляются. По большой кривизне, на границе средней и нижней трети желудка, располагается узловатое подслизистое образование, размером 3х4 см, с начинающимся некрозом на вершине опухоли. Привратник желудка и луковица 12-перстной кишки без особенностей. Заключение: хронический гастрит; лейомиома желудка (?).

Спустя 4 суток больному была произведена клиновидная резекция желудка. Интраоперационный диагноз: лейомиома желудка (?), гастро-интестинальная стромальная опухоль (?). Послеоперационный период протекал без особенностей, раны зажили первичным натяжением и спустя 2 недели больной был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Патогистологическое исследование операционного материала. Биоптат представлен участком стенки желудка, размером 5х4х0,5 см. В подслизистом слое определяется округлое образование, однородное желеобразное с четкими контурами и кровоизлияниями, диаметром 2,5 см. Слизистая оболочка на поверхности опухоли частично изъязвлена. При микроскопическом исследовании гистологических срезов, окрашенных гематоксилином и эозином, а также пикрофуксином по Ван-Гизону выявлено, что опухоль состоит из волнообразно или лентовидно расположенных пучков соединительнотканых волокон, которые окрасились пикрофуксином в красный цвет. Между волокнами располагается большое количество клеток вытянутой формы с овальными бледно окрашивающимися ядрами. Тяжи и пучки волокон и кле-

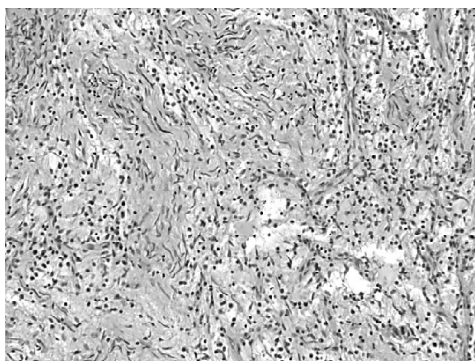


Рис.1. Нейрофиброма: «вихревые» структуры. Окр. гематоксилином эозином. X200

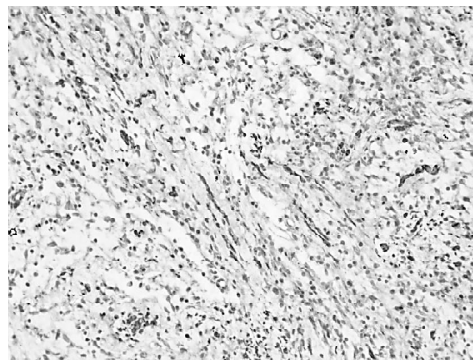


Рис. 3. ИГХ: резко выраженная экспрессия S-100 в клетках нейрофибромы. X400

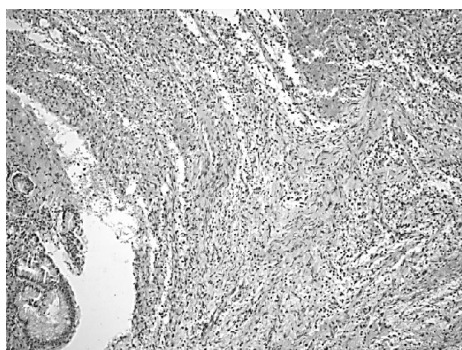


Рис.2. Изъязвление слизистой оболочки желудка. Окр. гематоксилином - эозином. X200

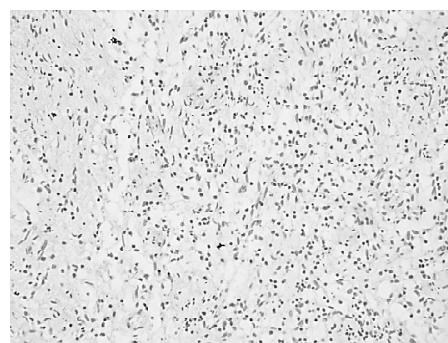


Рис.4. ИГХ: отсутствие экспрессии десмина (Desmin) в паренхиме опухоли. X400

ток опухоли местами формируют «вихревые» структуры (рис. 1), что характерно для опухолей нейрогенного происхождения. Встречаются участки миксоматоза. Клеточный атипизм в опухоли не выявлен. Слизистая оболочка желудка на вершине опухоли изъязвлена, с кровоизлияниями (рис. 2). С целью дифференциальной диагностики между гастроинтестинальной стромальной опухолью, новообразованиями гладкомышечного и нейрогенного происхождения было проведено иммуногистохимическое (ИГХ)-исследование. Изучена экспрессия гладкомышечного актина (маркера цитоплазматического актина клеток гладкомышечной дифференцировки), десмина (маркера белка промежуточных филаментов цитоскелета клеток мышечного происхождения), CD117 (маркера тирозин-киназного трансмембранного рецептора стволовых и тучных клеток, маркера фактора роста стволовых клеток) и S-100 (маркера низкомолекулярного кальций-связывающего белка клеток, характерного для нейрогенных опухолей). В результате исследования установлено, что имеет место положительная реакция с антителами к S-100 (рис. 3) и отрицательная к CD117, гладкомышечному актину и десмину (рис. 4), что в совокупности типично для нейрогенной опухоли и позволяет

исключить мезенхимальное происхождение новообразования. С учетом патогистологических и ИГХ данных выставлен диагноз: нейрофиброма желудка.

Таким образом, нейрофиброма располагалась в подслизистой оболочке желудка, росла экспансивно в виде узла и осложнилась аррозивным желудочно-кишечным кровотечением. Источником кровотечения явилась острая язва желудка, возникшая в зоне роста опухоли вследствие дисциркуляторно-гипоксических изменений. Диагноз был верифицирован только после морфологического исследования операционного материала.

Литература

1. Григорьев, С.Г. Доброкачественные опухоли желудка и кишечника / С.Г. Григорьев, В.П. Афанасенко, О.И. Голубев, И. М. Есмейкин / Клиническая хирургия. - 1991.- №5. - С. 72- 74.
2. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство в 2 томах. Т.2 / Под ред. Н.А.Краевского, А.В.Смолянникова, Д.С.Саркисова. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1993. - 688 с.
3. Сотников, В.Н. Эндоскопическое лечение больных с доброкачественными неэпителиальными опухолями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / Советская медицина. - 1991. - №10.- С. 26-28.
4. Diagnostic histopathology of tumors / Edited by Christofer D. M. Fletcher. Second edition. Edinburg, 2000. - 930 p.

NEUROFIBROMA OF THE STOMACH

N.I. Prokopchik¹, A.S. Grivachevskiy², S.P. Zhigulich³, O.V. Andreyeva³

¹- Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²- Health Care Establishment «Grodno Regional Clinical Hospital», Grodno, Belarus

³- Health Care Establishment «Grodno Regional Pathologicoanatomic Bureau»

A rare case of gastric neoplasm, neurofibroma, complicated by gastrointestinal bleeding has been described. The diagnosis underwent verification following pathologomorphological analysis of the operated material.

Key words: neurofibroma, stomach.

Адрес для корреспонденции: e-mail: basinsk@gmail.com

Поступила 14.03.2013