

// Медицинский вестник Башкортостана. - 2007. - №3. - С. 58-62.

7. Современные методы хирургического лечения очаговых образований печени / М.А. Галеев, А.Х. Мустафин. - Достижения и проблемы современной клинической и экспериментальной хирур-

гии: Сб. научных трудов Межрегиональной конференции, посвященной 70-летию каф. фак. хирургии БГМУ. - Уфа, 2006. - С. 62-63.

8. Топографическая анатомия и оперативная хирургия / Э.А. Петросян, В.И. Сергиенко, И.В. Фрау-ути. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. - 288 с.

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМИ СТРОМАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ (GIST)

**М.А. Нартайлаков, Р.Р. Иштуков, Р.Р. Абдеев, Р.Р. Шавалеев**

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа  
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа  
Клиника ГБОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

**Нартайлаков Мажит Ахметович,**

зав. кафедрой общей хирургии БГМУ, д-р мед. наук,  
профессор, член-кор. РАЕН,

**Иштуков Роберт Ризович,**

клинический ординатор кафедры общей хирургии БГМУ,

**Абдеев Рустем Раисович,**

зав. хирургическим отделением Республиканской клинической  
больницы им. Г.Г. Куватова, канд. мед. наук,

**Шавалеев Равиль Рашитович,**

зав. хирургическим отделением Клиники БГМУ,

д-р мед. наук, профессор,

450005, Россия, Республика Башкортостан,

г. Уфа, ул. Достоевского, д. 132,

тел. 8 (347) 272-75-90,

e-mail: ishtukovr@gmail.com

*В статье представлены понятия о GIST-опухолях, их распространенности, месте в общей структуре онкологической заболеваемости. Затронуты аспекты морфологических особенностей опухоли и клинические случаи заболевания опухолями GIST. Приведены рекомендуемые методики обследования, описаны способы хирургического лечения и их результаты.*

**Ключевые слова:** ГИСТ, опухоль, хирургия, лечение, гистология, иммуногистохимия.

## CLINICAL CASES OF PATIENT'S TREATMENT WITH GASTROINTESTINAL TUMORS (GIST)

**M.A. Nartailakov, R.R. Ishtukov, R.R. Abdeev, R.R. Shavaleev**

*This article presents the concept of GIST-tumors, their prevalence, location in the overall cancer incidence. Aspects of the morphological features and clinical cases of tumors GIST are described. The survey methodology, describes methods of surgical treatment and results are recommended.*

**The key words:** GIST, tumor, surgery, treatment, histology, immunohistochemistry.

### Введение

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (Gastrointestinal Stromal Tumors - GIST) являются

наиболее часто встречающимися новообразованиями желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения. Термин GIST ввели в 1983 г.

Mazur M.T. и Clark H.B., выделив из общей группы гастроинтестинальных неэпителиальных опухолей образования, при которых иммуногистохимически не выявлялись маркеры шванновских клеток и ультраструктурные характеристики гладкомышечных клеток [1].

GIST обладают неблагоприятным прогнозом, составляя 1% всех злокачественных новообразований указанной локализации, но 80% от всех сарком ЖКТ. Частота встречаемости GIST составляет 10–20 случаев на 1 000 000 населения в год. В США ежегодно регистрируется около 5000–6000 новых случаев подобных заболеваний. Расчетные данные в России – 2000–2500 случаев. Распространенность GIST одинакова в разных географических районах и этнических группах населения. Одинаково часто поражаются мужчины и женщины. Медиана возраста пациентов с GIST приходится на 55–65 лет, редко на лиц моложе 40 лет [4]. Эта опухоль имеет признаки поражения как нервной, так и гладкомышечной ткани и происходит из клеток стенки ЖКТ, известных под названием интерстициальных клеток Каяла (ICCa) – первоначально описаны Каялом в 1889 г. [2]. Это KIT-положительные фибробластоподобные клетки, принимающие участие в целом комплексе межклеточных взаимодействий между автономной нервной системой (интрамуральным нервным сплетением) и гладкомышечными клетками кишечника. Считается, что они координируют перистальтику (пейсмейкерные клетки желудочно-кишечного тракта) и генерируют медленноволновую электрическую активность [6]. Подтверждением этого является сходство гистологического строения на ультраструктурном уровне и экспрессия гена *c-kit* как клетками Кахала, так и стромальными опухолями. В настоящее время экспрессию гена *c-kit*, определяемую с помощью моноклонального антитела CD117, можно считать суррогатным маркером GIST: в 95% случаев GIST являются антиген-позитивными по CD117, однако считается, что отрицательная реакция еще не означает автоматического исключения диагноза GIST [7]. В сложных случаях для подтверждения диагноза необходимо провести молекулярно-генетический анализ [5]. Сходство гистологической структуры между клетками GIST и клетками Кахала, а также возможность иммуногистохимической идентификации обоих типов клеток при помощи антител к рецептору тирозиназной киназы доказывает, что GIST происходят из клеток Кахала или имеют общую клетку-предшественника [3]. Таким образом, иммуногистохимическое исследование занимает важное место в диагностике этой категории больных, оптимизация диагностического процесса позволит добиться улучшения результатов лечения и благоприятного исхода заболевания.

### **Цель исследования**

Демонстрация клинических случаев лечения пациентов с заболеванием опухолями GIST для определения оптимального объема оказания медицинской помощи.

### **Материалы и методы**

Основу настоящей работы составил анализ результатов лечения четырех пациентов с GIST, которые были оперированы в Республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова и Клинике Башкирского государственного медицинского университета за период 2012 – начало 2013 года.

#### **Клинический случай №1.**

Пациент Н., 66 лет, поступил 19.11.2012 г. в отделение гастрохирургии Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова в плановом порядке с жалобами на наличие периодических болей в эпигастриальной области живота, общую слабость.

На догоспитальном этапе были проведены лабораторно-инструментальные исследования. По данным магнитно-резонансной томографии от 07.11.2012 г. диагностировано объемное образование забрюшинного пространства. Согласно данным компьютерной томографии от 08.11.2012 г.: «на уровне средней трети правой почки, занимая пространство между петлей двенадцатиперстной кишки - нисходящая часть, нижний горизонтальный отрезок, головкой поджелудочной железы и нижней поллой веной, определяется неправильно округлой формы образование, размерами достигающее до 31х37х47 мм. Образование изоденсивной плотности, нерезко компримирует нижнюю полую вену, отодвигает сосудистую ножку почки медиально и кзади. Заключение: объемное образование панкреато-дуоденальной области». По данным фиброгастроэзофагоскопии от 26.11.2012 г.: «Стенки луковицы двенадцатиперстной кишки умеренно ригидные, рубцово-деформированы. Большой дуоденальный сосочек без особенностей. В нисходящей части двенадцатиперстной кишки ниже на 1,5-2 см от большого дуоденального сосочка по медиальной стенке определяется образование 15х12 мм в диаметре. Поверхность образования гладкая, блестящая, с пупковидным втяжением в центре. Заключение: Рак двенадцатиперстной кишки? Эрозивный гастродуоденит. Рубцовая деформация стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Катаральный рефлюкс-эзофагит».

После предоперационной подготовки 27.11.2012 г. произведено оперативное лечение: резекция стенки двенадцатиперстной кишки с опухолью. Макропрепарат представляет собой плотную подвижную опухоль до 30 мм, располагающуюся в области нисходящей части двенадцатиперстной кишки по задней стенке на 3 см ниже большого дуоденального сосочка.

При гистологическом исследовании удаленного препарата диагностирована гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) двенадцатиперстной кишки. Проведено иммуногистохимическое исследование. Выявлена положительная экспрессия при реакции с антителами CD117, DOG1, SMA. Пролиферативная активность (Ki-67) – 2-3%, что является признаком GIST. Выставлен диагноз: гастроинтестинальная стромальная опухоль нисходящей части двенадцатиперстной кишки (T2N0M0). Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выпи-

сан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга, онколога по месту жительства.

#### **Клинический случай №2**

Пациентка М., 54 года, поступила в плановом порядке 26.10.2012 г. в хирургическое отделение №2 Клиники Башкирского государственного медицинского университета с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области живота периодического характера, общую слабость, одышку при умеренной физической нагрузке.

После проведенной фиброгастродуоденоскопии 19.10.2012 г. диагностирована язва желудка с малигнизацией. Взята биопсия. При гистологическом исследовании биоптата верифицирована низкодифференцированная аденокарцинома желудка с ослизнением.

30.10.2012 г. проведено оперативное лечение: произведена субтотальная резекция желудка по Бильрот-2 на длинной петле с Брауновским анастомозом с Д 2 лимфодиссекцией.

При гистологическом исследовании удаленного препарата диагностирована гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка. Выставлен диагноз: гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка (GIST) ( $T_2N_0M_0$ ). Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 12 сутки после операции под наблюдение онколога по месту жительства.

#### **Клинический случай №3**

Пациентка Э., 38 лет, поступила в плановом порядке 30.10.2012 г. в хирургическое отделение №2 Клиники Башкирского государственного медицинского университета с жалобами на дискомфорт в эпигастральной области живота, общую слабость.

На догоспитальном этапе, по данным компьютерной томографии от 01.10.2012 г., диагностировано патологическое образование крючковидного отростка поджелудочной железы – Рак? Нагноившаяся псевдокиста?

После предоперационной подготовки 02.11.2012 г. произведено оперативное лечение: удаление опухоли двенадцатиперстной кишки.

При гистологическом исследовании операционного препарата диагностирована гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) двенадцатиперстной кишки. Выставлен диагноз: гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) двенадцатиперстной кишки ( $T_3N_0M_0$ ). Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 20 сутки после операции под наблюдение онколога, хирурга по месту жительства.

#### **Клинический случай №4**

Пациентка Г., 70 лет, поступила в плановом порядке в отделение гастрохирургии Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова 28.01.2013 г. с жалобами на умеренные боли в эпигастрии, ноющего характера, общую слабость.

По данным фиброгастродуоденоскопии от 29.01.2013 г.: в антральном отделе по большой кривизне желудка определяется подслизистое по-

лусферическое образование размерами 25 мм в диаметре, плотной эластичной консистенции при инструментальной пальпации. Слизистая над ним не изменена, подвижная. Заключение: фибролипома желудка, атрофический гиперпластический гастрит.

После предоперационной подготовки 30.01.2013 г. произведено оперативное лечение: лапароскопия, резекция задней стенки желудка. Макропрепарат представляет собой опухолевидное образование до 2,5 см в диаметре, располагающееся по задней стенке антрального отдела желудка.

При гистологическом исследовании удаленного препарата диагностирована гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) желудка. Проведено иммуногистохимическое исследование. Выявлена положительная экспрессия при реакции с антителами CD117, DOG1, Vim. Пролиферативная активность (Ki-67) – 5-10%, что является признаком GIST. Выставлен диагноз: гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) желудка.

Послеоперационный период без особенностей. Пациентка выписана на 11 сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга, онколога по месту жительства.

#### **Выводы**

1. При локализованных формах GIST оптимальная лечебная тактика предусматривает подтверждение диагноза с помощью биопсии и хирургическое вмешательство. Таким образом, основным методом лечения GIST является хирургический метод. Стандартом операции является радикальное удаление опухоли единым блоком с морфологически негативными краями резекции. При наличии опухолевого роста по линии резекции органа показана повторная операция.

2. Наши наблюдения демонстрируют схожесть клинических симптомов заболеваний, локализующихся в гастропанкреатодуоденальной зоне. GIST чаще всего не имеют специфических симптомов, клинические проявления их имитируют другие нозологии данных локализаций.

3. Наиболее трудная для диагностики локализация GIST – тонкокишечная. Пациенты могут длительное время жаловаться на боли в животе, но причина болевого синдрома при этом остается неизвестной. Лишь применение инвазивных методов диагностики позволяет уточнить диагноз.

4. Все соединительнотканье новообразования, имеющие связь с мышечной оболочкой желудка или кишечника, могут оказаться GIST, что подтверждает целесообразность их гистологического и иммуногистохимического исследования.

#### **Список литературы**

1. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (диагностика, лечение) // Практические рекомендации / Под ред. И.Ф. Поддубной. – М., 2008. – 53 с.
2. Серяков А.П. Гастроинтестинальные стромальные опухоли // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – Т. 20. – №4. – С. 49-57.

3. Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (GIST): Клиническая монография. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2006. – 40 с.

4. Gastrointestinal stromal tumors: ESMO Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up // Annals of Oncology 18 (Supplement 2). – 2007. – P. 27-29.

5. Heinrich M.C., Maki R.G., Corless C.L. et al. Primary and Secondary Kinase Genotypes Correlate With the Biological and Clinical Activity of Sunitinib in

Imatinib-Resistant Gastrointestinal Stromal Tumor // J. Clin. Oncol. – 2008. – Vol. 26. – P. 5352–5359.

6. Ji F., Wang Z.W., Wang L.J. et al. Clinicopathological characteristics of gastrointestinal mesenchymal tumors and diagnostic value of endoscopic intrasonography // J Gastroenterol Hepatol. – 2008. – P. 26.

7. Kurova N., Tanida N., Oonishi K. Significance of D2-40 expression in the diagnosis of gastrointestinal stromal tumor // Med Mol Morphol. – 2008. – P. 109–112.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, ОСЛОЖНЁННОЙ СИНДРОМОМ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Ш.В. Тимербулатов, Р.Р. Фаязов, М.В. Тимербулатов, Р.М. Сахаутдинов, А.У. Султанбаев**

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

**Тимербулатов Шамиль Вилевич,**

доцент кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ,  
канд. мед. наук,

**Фаязов Радик Радифович,**

профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ,  
д-р мед. наук,

**Тимербулатов Махмуд Вилевич,**

зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом колопроктологии  
БГМУ, д-р мед. наук, профессор,

**Сахаутдинов Ренат Маратович,**

зав. отделением реанимации и интенсивной терапии больницы  
скорой медицинской помощи, г. Уфа,

**Султанбаев Артур Уралович,**

аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ,  
450000, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3,  
тел. 8 (347) 255-54-57,  
e-mail: timersh@yandex.ru

Представлен анализ результатов лечения 397 больных с острой толстокишечной непроходимостью и острым деструктивным панкреатитом, в т.ч. 201 больному применена дифференцированная лечебная тактика с учётом показателей внутрибрюшного давления. Разработан комплекс диагностических мероприятий, позволяющий заподозрить и проводить раннюю диагностику синдрома внутрибрюшной гипертензии. С учётом характера осложнений, уровня внутрибрюшного давления, тяжести состояния больных, адекватности декомпрессивных методов предложено 4 варианта завершения оперативных вмешательств.

**Ключевые слова:** острая толстокишечная непроходимость, острый деструктивный панкреатит, внутрибрюшная гипертензия, абдоминальный компартмент-синдром.

## FEATURES OF MEDICAL TACTICS IN EMERGENCY ABDOMINAL PATHOLOGY, COMPLICATED BY INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION SYNDROME

**Sh.V. Timerbulatov, R.R. Fayazov, M.V. Timerbulatov, R.M. Sakhautdinov, A.U. Sultanbaev**

Bashkir State Medical University, Ufa