

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

М.О. Бортний

*Харківська медична академія
післядипломної освіти*

Випадок множинної лімфоми шлунка

A case of multiple stomach lymphoma

На сучасному етапі до лімфобластом відносять лімфо- та ретикулосаркому, а також пухлини, які виникають при системних лімфопроліферативних захворюваннях кровотворних органів — лімфогранулематозі та лейкозі. Інтерес до цих захворювань останнім часом дуже посилюється. Це пояснюється сучасними можливостями рентгенологічної та ендоскопічної методик дослідження, а також новими досягненнями хірургічного, променевого, медикаментозного або комбінованого лікування хворих. Прогноз при ізольованих лімфомах шлунка кращий, ніж при раці, а тривалість життя після сучасного лікування більша.

Вперше про саркому шлунка написав Morgagni у 1750 році. Лише через сторіччя (у 1847 р.) було описано гістологічну картину саркоми шлунка (Bruch). У російській літературі перше повідомлення про це захворювання зробив у 1886 р. Н.І. Черняєв; у 1993 р. вийшла перша монографія (З.І. Карташев), у якій повідомлялося про 713 випадків зі світової літератури та про 14 особистих спостережень [1, 2]. В останні роки число спостережень зросло, але кількість робіт, присвячених лімфомам шлунка, залишається незначною [3, 4]. Єдиного погляду на природу саркоматозної пухлини немає, оскільки ретикулярна основа може бути характерною для багатьох сарком, розподіл їх за видами неможливий. Пухлини з лімфоїдної тканини складають до 6–13 % від усіх злоякісних новоутворів травної системи.

Ураження травної системи при лімфомах можуть бути зумовлені генералізацією процесу, проростанням пухлини із сусідніх органів, лімфатичних вузлів або проявленням первинного ізольованого пухлинного росту.

Провідна роль травної системи у діагностиці лімфом належить рентгенологічному методу дослідження. Розрізняють три основні форми лімфом: екзофітну (вузлувату, чашкоподібну), ендофітну (дифузно-інфільтративну, інфільтративно-виразкову) та змішану. Рентгенологічна семіотика уражень травної системи при лімфомах розроблена добре і знайшла своє відображення в літературі, але диференційна діагностика пухлин з лімфоїдної тканини і раку шлунка становить значні труднощі [3, 5]. Як приклад коротко наводимо випадок множинної лімфоми шлунка.

Хворий Н., 52 років, був госпіталізований у лікарню зі скаргами на слабкість, субфебрильну температуру, тяжкість у шлунку, помірний локальний біль у епігастральній зоні, не пов'язані з прийомом їжі, схуднення, періодичні блювання. Вважає себе хворим близько року, по допомогу до лікаря не звертався. При об'єктивному дослідженні визначено збільшення печінки та селезінки. У периферичній крові: Ер. — $4,5 \cdot 10^{12}$ /л; Нь — 120 г/л; К.П. — 0,8; Л — $4,0 \cdot 10^9$ /л; Е — 0; П — 3 %; С — 76 %; Лімф. — 16 %; Мон. — 5 %; ШОЕ — 26 мм на год.

При рентгенологічному дослідженні органів грудної клітки легені та серце — без патологічних змін. Шлунок звичайної форми та розмірів. Газовий міхур деформований, на фоні газу визначаються додаткові тіні неправильної форми. При тугому заповненні шлунка барієвою сумішшю на великій кривизні тіла шлунка визначаються множинні дефекти наповнення діаметром 2–7 см з нерівними чіткими контурами та вираженим розмежуванням з неушкодженою стінкою шлунка. В нижній третині тіла шлунка та синусі множинні дефекти напов-

нення круглої та напівовальної форми, 2,5–5,0 см у діаметрі з чіткими та рівними контурами (рис. 1). Рельєф слизової оболонки шлунка представлений широкими звивистими складками. По великій кривизні складки обриваються. Перистальтика поверхневими, неритмічними хвилями. Евакуація з шлунка не порушена.

Проведено фіброгастроскопію. Крім вищезначених утворів, слизова шлунка гіперемічна, легко травмується та кровоточить. Взято біо-

псію. При гістологічному дослідженні — проліферативна лімфобластома.

Визначену вузлувату форму лімфоми шлунка необхідно диференціювати з його екзофітним раком.

Для вузлуватої форми лімфоми характерні: а) зміщення шлунка до серединної лінії тіла; б) збільшення його об'єму, рідше шлунок буває звичайних розмірів; в) множинність дефектів наповнення з рівними контурами; рідше дефекти наповнення можуть



Рис. 1. Хворий Н., 52 роки, з множинною ізольованою лімфомою шлунка (гістологічне підтвердження). На оглядовій рентгенограмі шлунка у фазі тугого заповнення у вертикальному положенні хворого на великій кривизні тіла шлунка визначаються множинні дефекти наповнення діаметром 2–7 см з нерівними, чіткими контурами та з вираженим розмежуванням з неушкодженою стінкою шлунка. У нижній третині тіла шлунка та синусі множинні дефекти наповнення круглої та напівовальної форми, діаметром 2,5–5 см з чіткими та рівними контурами

Fig. 1. Patient N., aged 52, with multiple isolated lymphoma of the stomach (histologically confirmed). Plain radiography in the phase of tight filling in vertical position demonstrates multiple defects 2–7 cm in the diameter with uneven distinct outlines and marked delimitation from the intact portion of the stomach on the greater curvature. In the lower third of the stomach body and the sinus there are multiple round and semi-oval filling defects measuring 2.5–5 cm with distinct even outlines



Рис. 2. Хворий А., 56 років, з екзофітною пухлиною, кардіоезофагеальним раком (гістологічне підтвердження). На оглядовій рентгенограмі шлунка у фазі тугого заповнення у вертикальному положенні хворого в абдомінальному сегменті стравоходу, субкардіальному відділі та верхній третині тіла шлунка визначаються поодинокі дефекти наповнення з поліциклічними, чіткими контурами розмірами 1,5–2 см. На місці дефектів наповнення складки слизової зруйновані

Fig. 2. Patient A., aged 56, with an exophytic tumor, cardioesophageal cancer (histologically proven). Plain radiography of the stomach in the phase of tight filling in vertical position demonstrates solitary filling defects with polycyclic distinct outlines measuring 1.5–2 cm in the abdominal segment of the esophagus, subcardial portion and upper third of the stomach body. On the place of the filling defects the rugae are destroyed

бути з поліциклічними контурами; дуже рідко — бути поодинокими; г) у більшості випадків складки слизової огинають дефекти наповнення; д) важливою в диференційно-діагностичному плані є наявність ерозій на слизовій шлунка.

Для екзофітної форми раку характерні:

а) звичайне положення шлунка; б) звичайні його розміри; в) поодинокі дефекти наповнення, переважно з поліциклічними контурами; г) руйнування складок слизової шлунка на місці дефекту наповнення (рис. 2).

Слід також зазначити, що для ізольованих лімфом шлунка характерний молодий вік хворих, менша втрата маси тіла, нормальні показники крові, сечі та збільшення селезінки.

Таким чином, клініко-рентгенологічна картина первинно-ізольованих лімфом шлунка різнопланова і представлена низкою характерних клінічних та рентгенологічних ознак. Рентгенологічні ознаки первинно-ізольованих лімфом шлунка неспецифічні. На їх основі та з урахуванням клінічної картини можливо лише вказати припущення про лімфому шлунка. Обмежені форми на ранньому етапі розвитку хвороби взагалі позбавлені характерних ознак, які б відрізняли їх від раку шлунка.

Особливістю даного випадку є порівняльно задовільний стан хворого при великій зоні ураження шлунка.

Література

1. Соколов Ю.Н., Антонович В.Б. *Рентгенодиагностика опухолей пищеварительного тракта.* — М., 1981. — 320 с.
2. Кичерман А.П., Вознюк Е.И. // *Вест. рентгенол. и радиол.* — 1972. — № 1. — С. 21–25.
3. Фильштинский А.Я., Резцова Н.С. // *Там же.* — 1984. — № 3. — С. 53–59.
4. Риц И.А. // *Клин. мед.* — 1985. — № 4. — С. 77–81.
5. Карпова Е.А. // *Вест. рентгенол. и радиол.* — 1972. — № 1. — С. 84.

Надходження до редакції 20.11.2007.

Прийнято 26.11.2007.

Адреса для листування:

Бортний Микола Олександрович,
ХМАПО, вул. Корчагинців, 58, Харків, 61176, Україна