

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ России

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

**Заведующий кафедрой:**

д.м.н., профессор Д.В. Черданцев

## **Реферат**

### **Подслизистые новообразования верхних отделов ЖКТ**

Выполнила: ординатор 1 года

Специальности 31.08.70 Эндоскопия

Королькова Полина Андреевна

## Содержание:

Актуальность.....	3
Эпидемиология.....	3
Гастроинтестинальные стромальные опухоли.....	5
Лейомиома и лейомиосаркома.....	8
Шваннома (невринома, неврилемомма).....	8
Липома.....	9
Аберрантная поджелудочная железа (эктопированная поджелудочная железа).....	9
Дупликационные кисты.....	10
Аденома бруннеровых желез.....	11
Воспалительная миофибробластическая опухоль.....	12
Воспалительный фиброзный полип.....	13
Гранулярно-клеточные опухоли (гранулярная миобластома, опухоль Абрикосова).....	13
Нейрофиброма.....	14
Гемангиома.....	14
Заключение.....	15
Список литературы.....	18

## **Актуальность**

Длительное время подслизистые новообразования трактовались хирургами и эндоскопистами как доброкачественные и в большинстве подлежащие динамическому наблюдению. Исключение составляли новообразования больших размеров, которые имели клинические проявления и вынуждали хирургов к оперативному вмешательству.

Наиболее часто подслизистые новообразования выявляют при эндоскопическом исследовании. Их необходимо дифференцировать от сдавления извне с помощью КТ, МРТ либо эндосонографии, что является наиболее точным методом диагностики подслизистых новообразований. Эндосонография позволяет определить структуру образования путем оценки ее эхогенности, так же позволяет определить локализацию в стенке органа.

На сегодняшний день эндоскопическому удалению подлежат опухоли, исходящие из мышечной пластинки слизистой или из подслизистого слоя стенки желудочно-кишечного тракта. При локализации новообразования в мышечном слое необходимо выполнение резекции стенки органа, несущего опухоль.

## **Эпидемиология**

Подслизистые новообразования желудочно-кишечного тракта – гетерогенная группа заболеваний, которая включает в себя опухоли мышечного, невrogenного, сосудистого и смешанного происхождения, а также пороки развития в виде эктопии поджелудочной железы и дубликационных кист.

Подслизистые новообразования составляют 5% от всех новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта, встречаясь в среднем в 0,4% всех эндоскопических исследований. Наиболее часто подслизистые новообразования встречаются в желудке, составляя 60%, реже в пищеводе (30%) и двенадцатиперстной кишке (10%).

В 1950 г. R. Schindler описал важный эндоскопический признак, позволяющий диагностировать подслизистую опухоль, т.н. «мостики» между опухолью и окружающей слизистой, а также отметил, что при захвате биопсийными щипцами слизистой оболочки над опухолью, слизистая принимает вид «паруса», что также является характерным симптомом для подслизистых новообразований. По косвенным признакам можно предположить, что данное образование исходит из стенки полого органа, однако, четкие критерии, позволяющие провести дифференциальный диагноз между подслизистым новообразованием и экстраорганной компрессией отсутствуют. Равным образом эндоскопическое исследование не дает ответа на вопрос о структуре образования и не позволяет определить слой стенки полого органа, из которого оно исходит, а порой и органную принадлежность. Учитывая локализацию новообразований «под слизистой оболочкой», биопсия при эндоскопическом исследовании также не дает возможности выявить морфологическую природу этих новообразований. Точность эндоскопии в идентификации подслизистых образований редко превышает 40%.

В настоящее время наличие подслизистого новообразования является классическим показанием для назначения эндосонографии. Этот метод позволяет не только достоверно различать образования стенки и экстраорганные структуры, а также определять слой, из которого исходит образование и его внутреннюю эхо-структуру. По данным одного из мультицентровых исследований, эндоскопические методы диагностики подслизистых новообразований и экстраорганной компрессии имеют чувствительность 87% и специфичность 29%.

Высокая точность эндосонографии объясняется тем, что визуализируемые слои стенки коррелируют с анатомическими слоями при выполнении гистологического исследования.

## Гастроинтестинальные стромальные опухоли

Являются наиболее распространенными среди неэпителиальных опухолей желудочно-кишечного тракта и составляют до 1% от всех злокачественных опухолей этой локализации. Эти образования ранее расценивались как опухоли преимущественно гладкомышечного происхождения (лейомиомы, лейомиобластомы и лейомиосаркомы), однако, иммуногистохимические исследования (ИГХ) показали их особую природу.

Наиболее часто встречаются веретенчатый (62%), эпителиоидный (17%) и смешанный (21%) гистологические варианты строения ГИСО. Несмотря на различные варианты гистологического строения все ГИСО считаются потенциально злокачественными опухолями. Основными путями генерализации гастроинтестинальной стромальной опухоли является метастазирование в печень и распространение по брюшине. Лимфогенное метастазирование для опухоли не характерно. В настоящее время для определения степени злокачественности ГИСО пользуются критериями, предложенными Fletcher C.D. и Miettinen M., по которым высокий риск определяется размером опухоли более 5см, количеством митозов более 5 в 50 полях зрения при увеличении 400 и инвазия опухолью слизистой оболочки. Иммуногистохимическим маркером степени злокачественности опухоли является также индекс экспрессии Ki-67, который достоверно возрастает выше 10% в опухолях высокого риска.

Наиболее часто, по сравнению с другими отдела ЖКТ, гастроинтестинальные стромальные опухоли встречаются в желудке – до 60-70 %. Несмотря на то, что по мнению некоторых авторов, опухоли этой локализации в большинстве наблюдений по гистологическому строению и митотической активности относятся к низкому и среднему риску малигнизации, нередко случаи, когда гистологически благоприятные опухоли рано метастазируют в печень в то время, как опухоли с высоким риском малигнизации протекают клинически более благоприятно. Опухоли тонкой

кишки, включая двенадцатиперстную кишку, встречаются в 20-30% наблюдений и характеризуются более агрессивным течением, более половины из них являются злокачественными. Гистологически неблагоприятным фактором при опухолях тонкой кишки является количество митозов более 2 и прорастание слизистой оболочки. Последнее обстоятельство может быть связано с тем, что опухолевый рост из мышечной пластинки слизистой оболочки относительно характерен для кишечника. ГИСО с локализацией в пищеводе встречаются крайне редко, составляя 1-2% от ГИСО других локализаций, в большинстве же наблюдений в пищеводе выявляются истинные миогенные опухоли. По гистологическому строению ГИСО пищевода сходны с опухолями желудка.

Нельзя забывать, что по данным литературы, сочетание ГИСО со злокачественными опухолями разных локализаций составляет 14-20%, что обязывает специалистов насторожено относиться к группе пациентов с подслизистыми новообразованиями и обследовать их максимально полноценно. Распределение по частоте встречаемости: рак желудочно-кишечного тракта - 47%, рак простаты – 9%, лимфома/лейкемия – 7%, рак молочной железы – 7%, почки – 6%, женских половых органов - 5%, легкого - 5%, карциноид-3%, злокачественные опухоли мягких тканей и костей -3%, меланома-2%, семинома -1%. Также необходимо помнить о существовании триады Карнея и синдроме Карнея-Стратакиса. Триада Карнея включает в себя наличие ГИСО, параганглиомы и хондромы легкого. А сочетание ГИСО с параганглиомой и наличием мутации гена, кодирующего фермент сукцинат дегидрогеназу – синдром Карнея-Стратакиса. В рекомендациях согласительной конференции Европейского Общества Медицинских Онкологов (ESMO) в 2004 году, по тактике лечения ГИСО указывается, что лапароскопическая и лапароскопически-ассистированная резекция может использоваться только при небольших, менее 2 см опухолях, при более крупных образованиях показана лапаротомия с широкой резекцией полого органа, несущего опухоль. В то же время многими авторами доказывается

эффективность и онкологическая безопасность удаления крупных опухолей лапароскопически. В последние годы в связи с развитием внутрисветной хирургии стали возможными эндоскопические вмешательства в виде подслизистой диссекции при небольших ГИСО с низким риском злокачественности и без инвазии в мышечный слой стенки полого органа, хотя большинство авторов относятся сдержанно к такому способу лечения.

При эндоскопическом исследовании опухоли могут определяться в виде образований округлой или овоидной формы, небольшие образования покрыты неизменной слизистой оболочкой, однако, нередко можно выявить изъязвление слизистой над опухолью, которое может служить источником желудочно-кишечных кровотечений и является прогностически неблагоприятным фактором относительно злокачественности образования.

При эндосонографическом исследовании ГИСО визуализируется как гипоехогенное образование с неровным контуром, которое в зависимости от степени злокачественности может иметь как гомогенную, так и гетерогенную структуру (полости, гиперэхогенные включения) и исходящее из мышечной пластинки слизистой или мышечного слоя стенки органа.

В дифференциально-диагностическом ряду с гастроинтестинальными опухолями находятся мезенхимальные опухоли и другие образования, локализующиеся в стенке пищеварительной трубки и покрытые неизменной слизистой. Наиболее часто гастроинтестинальную опухоль приходится дифференцировать с истинными гладкомышечными опухолями, липомой, шванномой, эктопией поджелудочной железы. Такие образования, как воспалительная миофибробластическая опухоль, воспалительный фиброзный полип, гранулярно-клеточные опухоли, нейрофиброма, сосудистые опухоли и метастазы в стенке желудочно-кишечного тракта встречаются крайне редко и имеют небольшое практическое значение в дифференциальном диагнозе.

## **Лейомиома и лейомиосаркома**

Лейомиома - доброкачественная опухоль, клинически часто протекает бессимптомно, однако, при изъязвлении покрывающей слизистой может быть источником кровотечения, приводя к анемии. Клинически бессимптомные лейомиомы малых размеров с типичными эндосонографическими признаками лечения не требуют. Лечение подлежат новообразования, размером более 5см и имеющие клинические проявления. Удалять лейомиомы можно различными способами: трансторакальная энуклеация, трансхиатальная резекция пищевода и экстирпация пищевода при очень больших размерах (более 10 см) лейомиом. В 2012 профессор Inoue Н. с коллегами опубликовал опыт успешного удаления лейомиом у 9 пациентов, с помощью, так называемых тоннельных резекций. Этот метод заключается в формировании тоннеля (на расстоянии около 5-10 см выше локализации новообразования) в подслизистом слое с дальнейшей энуклеацией новообразования из мышечного слоя и последующим закрытием дефекта слизистой оболочки эндоскопическими клипсами. Для такой манипуляции оптимальным являются опухоли размером до 4см. Осложнений раннего и позднего послеоперационного периода авторами не отмечено. Лейомиосаркома – злокачественная гладкомышечная опухоль, часто приводящая к изъязвлению слизистой и кровотечению. Опухоль радио- и химио- резистентна, поэтому подлежит обязательному хирургическому лечению.

## **Шваннома (невринома, неврилемомма)**

Шваннома - доброкачественная нейрогенная опухоль, встречается преимущественно в желудке (0,2% от всех неоплазий желудка), реже в пищеводе.

При иммуногистохимическом исследовании дает положительную реакцию на S-100, иногда может быть положительной по CD34, но всегда отрицательна по CD117. По эндоскопической и эндосонографической картине сходна с лейомиомой и гастроинтестинальной стромальной опухолью,

дифференциальная диагностика возможна только на основании гистологического и иммуногистохимического исследования. Злокачественные шванномы крайне редки, в литературе описаны лишь единичные наблюдения и, как правило, клинически они проявлялись картиной желудочно-кишечного кровотечения.

Учитывая крайне сложную предоперационную дифференциальную диагностику между шванномой и ГИСО, в настоящее время тактика лечения шванном ЖКТ остается хирургической.

### **Липома**

Это доброкачественная опухоль из жировой ткани, составляет от 1 до 3% от всех доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка. Наиболее часто встречается в толстой кишке, но может локализоваться в любом отделе пищеварительной трубки. Липомы желудка и пищевода составляют менее 1% всех опухолей желудка и всего 5% от липом желудочно-кишечного тракта. Липома в 90% случаев исходит из подслизистого слоя, в остальных случаях – из субсерозы, гистологически имеет типичное строение (жировая ткань). Данных за малигнизацию гастроинтестинальных липом не найдено, при клинических проявлениях необходимо удаление опухоли. В последнее время в литературе появляются сообщения об успешном удалении даже больших опухолей эндоскопически без каких-либо осложнений. Авторы отмечают, что даже при неполном удалении опухоли – «частичной резекции», наблюдение в сроки до 8 лет не вывило рецидива липомы.

### **Аберрантная поджелудочная железа (эктопированная поджелудочная железа)**

Чаще выявляется случайно при эндоскопии, оперативных вмешательствах или на аутопсии. По данным литературы это заболевание встречается у 1 из 500 больных, оперированных по поводу заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, встречаемость эктопированной поджелудочной железы на аутопсии составляет от 6 до 14%. Наиболее частой локализацией

эктопированной поджелудочной железы являются желудок, двенадцатиперстная кишка, тощая кишка. Как правило, данный тип новообразований не имеет клинических проявлений и является случайной находкой при обследовании ЖКТ. Тем не менее описаны наблюдения наличия у пациентов неспецифической эпигастральной боли, тошноты, рвоты, кровотечения, проявления панкреатита, формирования кист, стеноз выходного отдела желудка, желтуху, а также развития аденокарциномы гетеротопированной поджелудочной железы. Гистологически выделяют 3 типа аберрантной поджелудочной железы по Heinrich:

- 1. Первый тип** имеет строение, характерное для поджелудочной железы с наличием всех ее структурных элементов - ацинарных клеток, островковых клеток и протоковой системы.
- 2. Второй тип** представлен ацинарными клетками аберрантной поджелудочной железы и протоками, островковые клетки отсутствуют.
- 3. Третий тип** представлен только протоковой системой.

Эндоскопически аберрантная поджелудочная железа выглядит как типичное подслизистое новообразование, наиболее часто располагаясь в антральном отделе желудка, нередко на слизистой, покрывающей образование можно визуализировать устье выводного протока. Аберрантные поджелудочные железы располагаются в подслизистом слое, мышечном слое, зачастую ткань поджелудочной железы прорастает оба слоя, или субсерозно. При эндосонографии представлены гипэхогенной тканью, неоднородного строения с возможной визуализацией анэхогенных включений – протоковая система эктопированной поджелудочной железы. Лечение требуется только в случае клинических проявлений.

### **Дупликационные кисты**

Это врожденное заболевание, связанное с удвоением любого отдела желудочно-кишечного тракта, встречается крайне редко (примерно 1 на 4500 родившихся). Кисты представляют собой шаровидные жидкостные

образования, которые могут располагаться в любом слое стенки ЖКТ, имеющие эпителиальную выстилку и локализующиеся в любом отделе от языка до прямой кишки. Обычно это единичные образования, которые могут иметь или не иметь связи с просветом желудочно-кишечного тракта. Клинически чаще протекают бессимптомно, однако, иногда пациенты предъявляют жалобы на дискомфорт в животе, диспепсию, анемию и похудание, может развиваться перитонит вследствие перфорации стенки кисты. В литературе описаны наблюдения малигнизации дубликационных кист, авторы подчеркивают, что, как правило, у пациентов в таких ситуациях появляются клинические проявления.

При эндоскопии обычно выявляется деформация стенки верхних отделов ЖКТ, при КТ может создаться впечатление о наличии солидного образования, в такой ситуации только эндосонография позволяет установить правильный диагноз.

При эндосонографии дубликационные кисты визуализируются как анэхогенные, гомогенные образования с ровными контурами, располагающиеся в подслизистом, мышечном слоях или не имеющие связи со стенкой ЖКТ. В просвете их могут быть единичные перегородки, слизистое содержимое.

Эндоскопическое и транскутанное пункционное лечение дубликационных кист может сопровождаться развитием таких осложнений как кровотечение и формирование свища, нагноение кист. При отсутствии клинических проявлений хирургическое лечение дубликационных кист не показано.

### **Аденома бrunнеровых желез**

Гистологически представляет собой пролиферацию и гиперплазию нормальных бrunнеровых желез, пролиферацию стромы с развитием фиброза. Клинически могут проявлять себя острыми и хроническими

желудочнокишечными кровотечениями, обструкцией просвета двенадцатиперстной кишки.

Наиболее часто располагаются в области луковицы, бульбодуоденального перехода и верхней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки.

При эндосонографии образование визуализируется как округлое гипоэхогенное, неоднородное по структуре образование, которое исходит из мышечной пластинки слизистой оболочки или подслизистого слоя (2-ой и 3-эхослой). В структуре могут быть мелкие анэхогенные включения. Контуры у образования, как правило, неровные за счет пролиферации бrunнеровых желез. Учитывая локализацию аденом бrunнеровых желез преимущественно в подслизистом слое, возможно их эндоскопическое удаление методом петлевой резекции. В случае невозможности эндоскопического удаления (большой размер, отсутствие ножки новообразования) показано хирургическое лечение в объеме клиновидной резекции 12-перстной кишки. В период с 1986 по 2007 год в литературе описано 20 наблюдений высокодифференцированной аденокарциномы, развившейся из аденомы бrunнеровых желез, что обязывает наблюдать данную группу пациентов и при появлении клинических проявлений, увеличении размеров, изменений внутренней эх-структуры новообразования, проводить радикальное хирургическое лечение.

### **Воспалительная миофибробластическая опухоль**

Общее название редких мезенхимальных опухолей, состоящих из веретеновидных клеток (миофибробластов), лимфоцитов и плазматических клеток. Чаще встречаются в детском возрасте, иммуногистохимически дают положительную реакцию на десмин и актин, в то же время CD117 и CD34 отрицательны. У ряда больных отмечаются системные проявления заболевания, такие, как лихорадка, слабость, потеря аппетита, снижение массы тела.

При эндосонографии дифференцируются как гипоехогенные образования, контур может быть как ровным и так и не ровным, в целом картина схожа с ГИСО или лейомиомой.

Все указанные проявления исчезают после хирургического удаления опухоли.

### **Воспалительный фиброзный полип**

Это подслизистое новообразование, наиболее часто встречающееся в желудке и терминальном отделе подвздошной кишки.

При эндосонографии выявляется гипоехогенное образование однородной эхоструктуры, локализующееся в мышечной пластике слизистой оболочки или подслизистом слое (2-ой и 3-ий эхо-слои, соответственно), мышечный слой полого органа при этих новообразованиях интактен. В отличие от лейомиомы аналогичной локализации, воспалительный фиброзный полип имеет нечеткий наружный контур. Опухоль состоит из веретеновидных клеток, мелких сосудов и воспалительных клеток (обычно преобладают эозинофилы, но встречаются и плазматические клетки и лимфоциты). Большинство этих опухолей дает положительную реакцию на CD34, однако стромальный компонент опухоли отрицателен по CD117. При выявлении выполняется эндоскопическое удаление.

### **Гранулярно-клеточные опухоли (гранулярная миобластома, опухоль Абрикосова)**

Опухоль, вероятно, смешанного происхождения, так как иммуногистохимически имеет признаки как нейро-эктодермального, так и миогенного ростка. Наиболее часто локализуется в языке (40%), в дыхательных путях (10%), в желудочно-кишечном тракте (6%) – чаще в пищеводе, реже в желудке.

Проявляется в виде единичных подслизистых узлов или полипов, при эндосонографии визуализируется как однородное гипоехогенное образование, с ровным контуром, исходящее из мышечной пластинки слизистой оболочки или мышечного слоя стенки желудка. Опухоль доброкачественная, редко

достигает больших размеров, не метастазирует, не рецидивирует и обычно не требует хирургического лечения.

### **Нейрофиброма**

Это нейрогенная опухоль, обычно исходящая из ауэрбаховского сплетения и локализуемая в желудке, тонкой и ободочной кишке, чаще всего – в подвздошной кишке. Обычно является проявлением нейрофиброматоза типа 1 (болезнь Реклингхаузена) и часто сопровождается типичными проявлениями на коже (мелкие опухоли на ножке и пятна цвета «кофе с молоком»). Нейрофиброма может локализоваться в любом отделе желудка, при эндоскопии визуализируется в виде округлого очага плотноэластической консистенции, при эндосонографии выглядит как гипоэхогенное образование, локализуемое в 4 слое. Без гистологического исследования неотличимо от других образований, исходящих из мышечной стенки желудка. Опухоль доброкачественная, однако, может малигнизироваться и склонна к рецидивам после удаления.

### **Гемангиома**

Это доброкачественная опухоль из сосудов.

Является редкой для желудочно-кишечного тракта опухолью, которая встречается преимущественно в пищеводе. Клинически может проявляться дисфагией и/или кровотечением. При эндоскопии могут выглядеть как плоские или полиповидные образования, покрытые неизменной слизистой синюшного или багрового цвета.

При эндосонографии гемангиома представлена гипоэхогенным образованием с ровным, четким контуром, исходящим из 2 – или 3-го эхо-слоя. Возможно эндоскопическое удаление гемангиом пищевода. Альтернативным методом лечения может являться аргоноплазменная или электрокоагуляция опухоли.

## Заключение

Доброкачественные опухоли чаще подлежат динамическому наблюдению при отсутствии симптоматики. При наличии симптомов опухоли подлежат удалению малоинвазивным способом. Злокачественные опухоли подлежат удалению (резекция органа).

Эндосонография является одной из возможных дооперационных методов диагностики, которая позволяет определить структуру образования, его локализацию относительно слоев стенки полого органа. Благодаря этому можно определить лечебную тактику и метод удаления в конкретном случае.

Если при эндосонографии визуализируется анэхогенное четко очерченное образование, можно с большой вероятностью предполагать диагноз дубликационной кисты. Однако нередко отмечается неомогенное содержимое кисты, что является свидетельством неоднородности ее содержимого и не позволяет однозначно трактовать характера подслизистого новообразования. Напротив, липома визуализируется в виде однородного образования повышенной эхогенности, исходящего из подслизистого слоя.

В большинстве наблюдений для окончательного определения гистологического характера опухоли необходимо получение ткани опухоли для проведения гистологического и иммуногистохимического исследования. Возможности щипцовой биопсии при подслизистых образованиях значительно ограничены, а выполнение резекции части опухоли для ее гистологического исследования несет в себе риск таких осложнений, как кровотечение из опухоли и диссеминация процесса. Использование тонкоигольной пункции и аспирационной биопсии под контролем эндосонографии открыло новые возможности для морфологического и иммуногистохимического анализа подслизистых новообразований. Метод позволяет получить материал для гистологического и иммуногистохимического исследования в 60-80% наблюдений. Многие исследователи предпочитают проведение микроскопического исследования патологом непосредственно в

операционной для первичной оценки результативности биопсии и при недостаточном количестве материала – проведение повторной пункции и аспирационной биопсии, что позволяет достигать 100% эффективности манипуляции.

Учитывая сложности дооперационной диагностики и сохранение даже малого процента вероятности ошибки, в том числе, при исследовании биоптата, считается, что большинство подслизистых новообразований подлежат хирургическому лечению. Эндосонография при подслизистых новообразованиях позволяет, во-первых, дифференцировать подслизистые образования от опухолей окружающих органов. Во-вторых, метод незаменим в выборе лечебной тактики. При опухолях небольшого размера, с пограничными признаками злокачественности, что наиболее часто встречается в повседневной практике, эндосонография является решающим методом, определяющим способ удаления опухоли. При этом способ удаления следует выбирать исходя из локализации опухоли по отношению к слоям стенки желудка. Если опухоль исходит из мышечного (4-го эхо-слоя) ее удаление эндоскопическим способом с высокой вероятностью приводит к перфорации органа, кроме того, наиболее частой неэпителиальной опухолью, исходящей из мышечного слоя, является гастроинтестинальная стромальная опухоль. Поэтому в этих случаях наиболее оптимальной и онкологически оправданной следует считать полнослойную резекцию стенки органа, несущего опухоль, что возможно выполнить адекватно и безопасно лапароскопическим доступом. Образование небольших размеров, исходящее из мышечной пластинки слизистой оболочки или подслизистом слое, где вероятность злокачественных опухолей минимальна, может быть удалено эндоскопически. По рекомендациям ESMO от декабря 2012 года можно наблюдать новообразования желудка размером менее 2см, путем выполнения динамической эндосонографии (через 3-6 месяцев, далее при отсутствии увеличения размеров и изменения внутренней эхо-структуры 1 раз в год).

Несмотря на значимое число сообщений как в мировой, так и отечественной литературе, посвященных вопросам диагностики, выбору лечебной тактики и лечению подслизистых новообразований, по сей день нет единого алгоритма наблюдения и лечения группы пациентов с данной патологией. Результатом этого является порой нерациональный объем выполняемых оперативных вмешательств. Разработка относительно унифицированного мультидисциплинарного алгоритма обследования и лечения пациентов с подслизистыми новообразованиями позволит улучшить результаты их лечения.

## Список литературы

- 1.Анурова, О.А. Морфологическая характеристика стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта / О.А Анурова, П.В Снигур., Н.А Филиппова, В.Ю Сельчук // Арх. Патол. – 2006. – Т 68. - № 1. – С. 10-13.
- 2.Булганина, Н.А. Диагностическая конвексная эндосонография при заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта: дис. канд. мед. наук: 14.01.17 /14.01.13/ Булганина Наталья Анатольевна.-М.,2010.- С.64-65.
- 3.Бурков, С.Г. Применение эндоскопической эхографии при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта / С.Г. Бурков, Ю.А. Разливахин., В.Я Заводнов // Клиническая медицина. – 1988. - №6. –С. 70-72.
- 4.Годжелло, Э.А. Эндоскопическое ультразвуковое исследование – современный метод диагностики гастроинтестинальных стромальных опухолей / Э.А. Годжелло, Н.А. Булганина, М.В. Хрусталева // Ультразвуковая и функциональная диагностика – 2013. -№2.-С.78.
- 5.Кравцов, В.Г. Клинико-морфологическая, иммуногистохимическая характеристика и критерии прогноза гастроинтестинальных стромальных опухолей: автореф дисс. канд. мед. наук: 14.00.15 / Кравцов Владимир Григорьевич. – М., - 2007. –С. 23-24.
- 6.Овсянникова, И.А. Эндоскопическая диагностика и лечение подслизистых новообразований желудочно-кишечного тракта: дис... канд. мед наук: 14.00.27 / Овсянникова Ирина Ананьевна. - М.,1987.- с. 52-58.
- 7.Поддубная, И.В. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (диагностика, лечение)/ Практические рекомендации // Под редакцией проф. И.В. Поддубной. М.: Медиа Медика. - 2008. 56 - е.