

КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра Лучевой диагностики.

Доброкачественные опухоли желудка

**Выполнила: Ратомская
К.С.**

КЛАССИФИКАЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ:

- Полипы желудка.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ:

- Лейомиома желудка
- Липома
- Невринома
- Ангиома
- Фиброма

Классификация полипов.

Гиперпластические полипы (гиперплазированные, регенераторные.) представляют собой разрастание клеток эпителия желудка и не являются истинной опухолью. В силу своей морфологической структуры гиперпластические полипы почти никогда не озлокачиваются.

Аденоматозные полипы (аденома, ворсинчатый, папилломатозный) формируются из железистых клеток и представляют собой доброкачественные опухоли желудка с высоким риском перерождения в рак (особенно это касается крупных образования, размером более двух сантиметров).

Аденоматозные полипы (аденомы желудка) в свою очередь подразделяются по гистологической структуре на тубулярные, папиллярные и папиллотубулярные опухоли (в зависимости от преобладания в опухолевой ткани трубчатых железистых, либо сосочковых структур).

Классификация полипов.

- 1) солитарные и множественные;
- 2) крупные, мелкие и смешанные;
- 3) плотные, мягкие и смешанные;
- 4) гнездные, разбросанные и сплошной полипоз;
- 5) полипы на длинной ножке и на широком основании;
- 6) полипозный гастрит.

В соответствии с клиническими признаками полипы:

- 1) немые (бессимптомные);
- 2) осложненные:
 - а) выпадение в двенадцатиперстную кишку с острой или перемежающейся непроходимостью
 - б) деформация
 - в) кровотечения,
 - г) раковое перерождение.

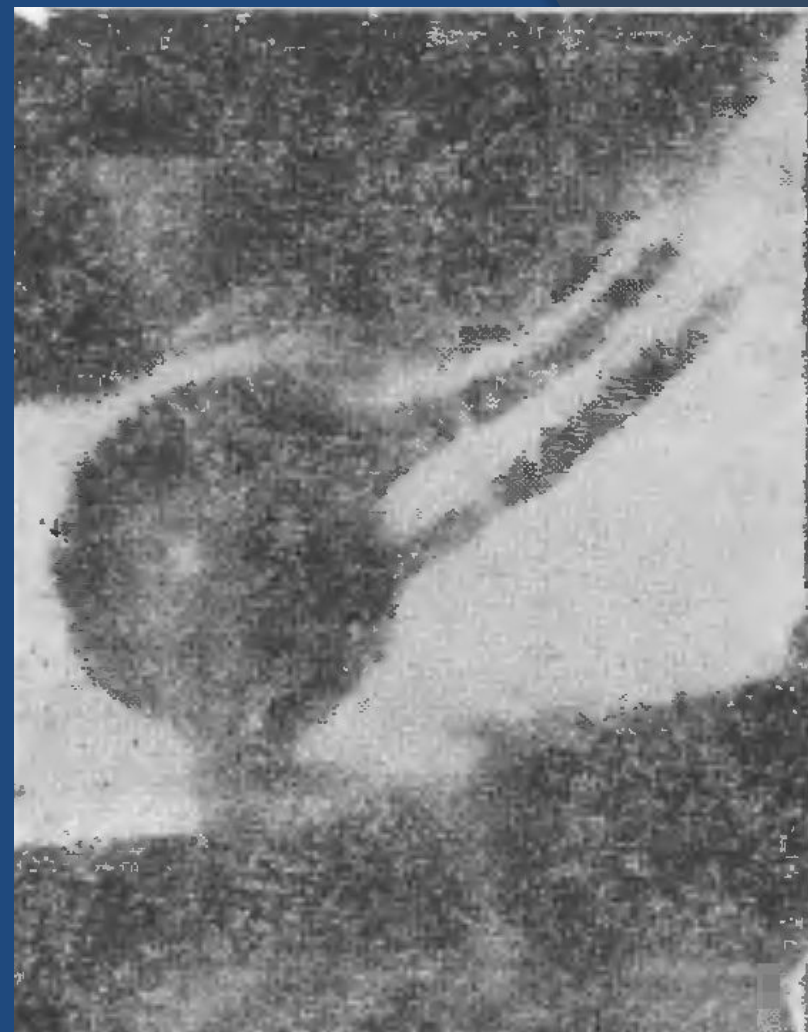
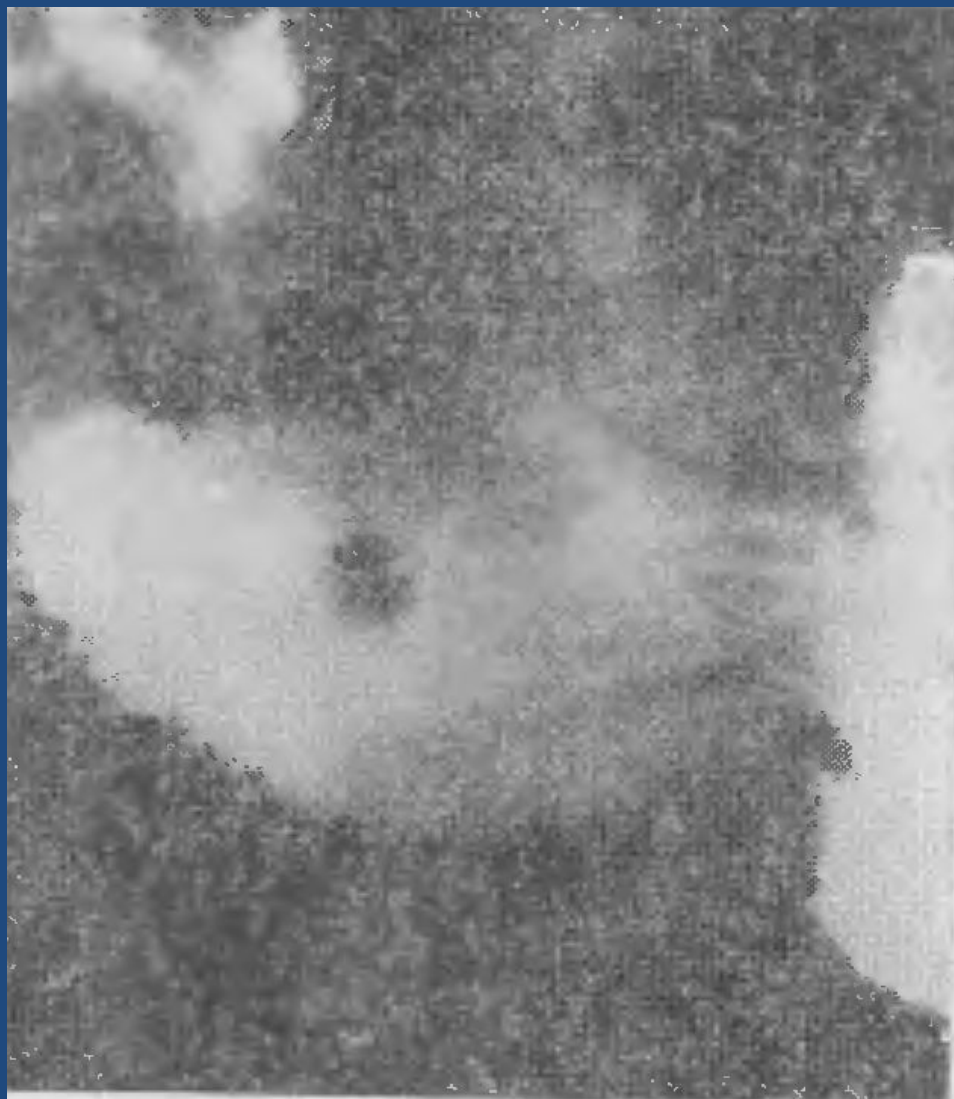


солитарный полип желудка – по малой кривизне на границе верхней и средней трети округлый дефект наполнения с четкими контурами

Основным рентгенологическим симптомом полипа является «дефект наполнения» округлой или овальной формы с четкими ровными контурами. Рельеф не нарушен, складки слизистой не прерываются, а огибают полип.



Прицельная рентгенограмма желудка. В антральном отделе определяется одиночный дефект наполнения до 1 см в диаметре с ровными контурами. Складки слизистой оболочки не изменены.



Гиперпластический (регенераторный) полип желудка

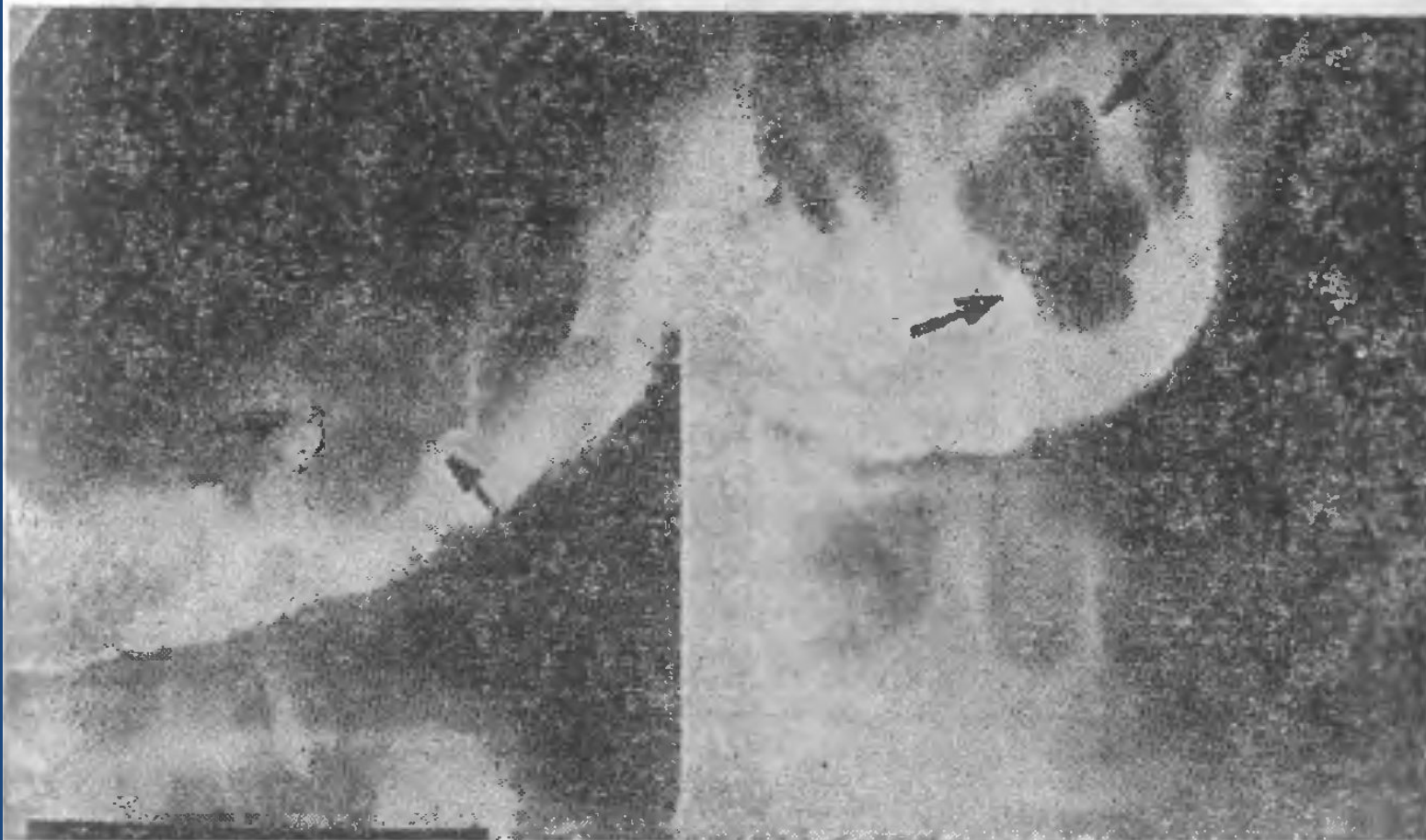
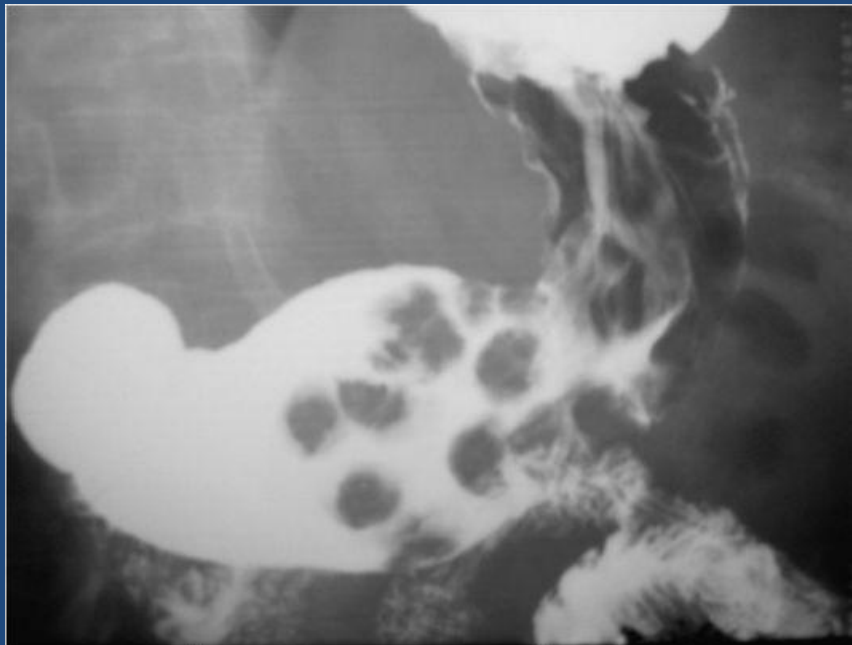
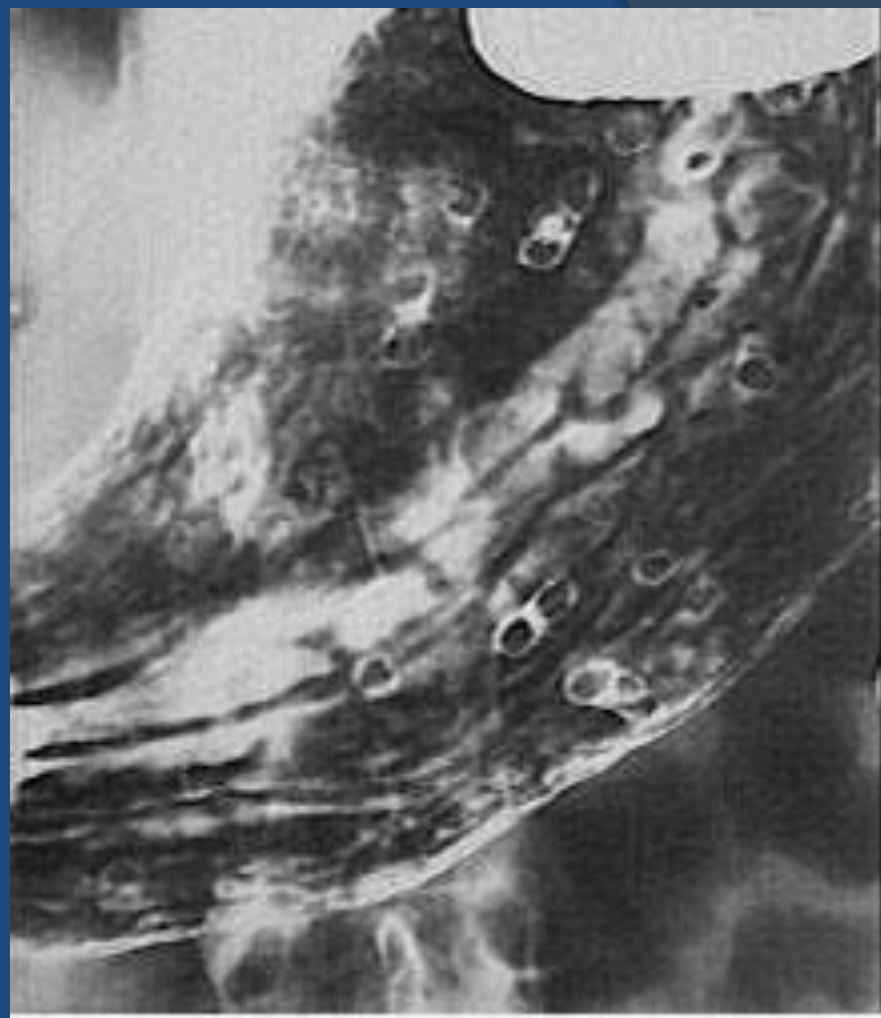
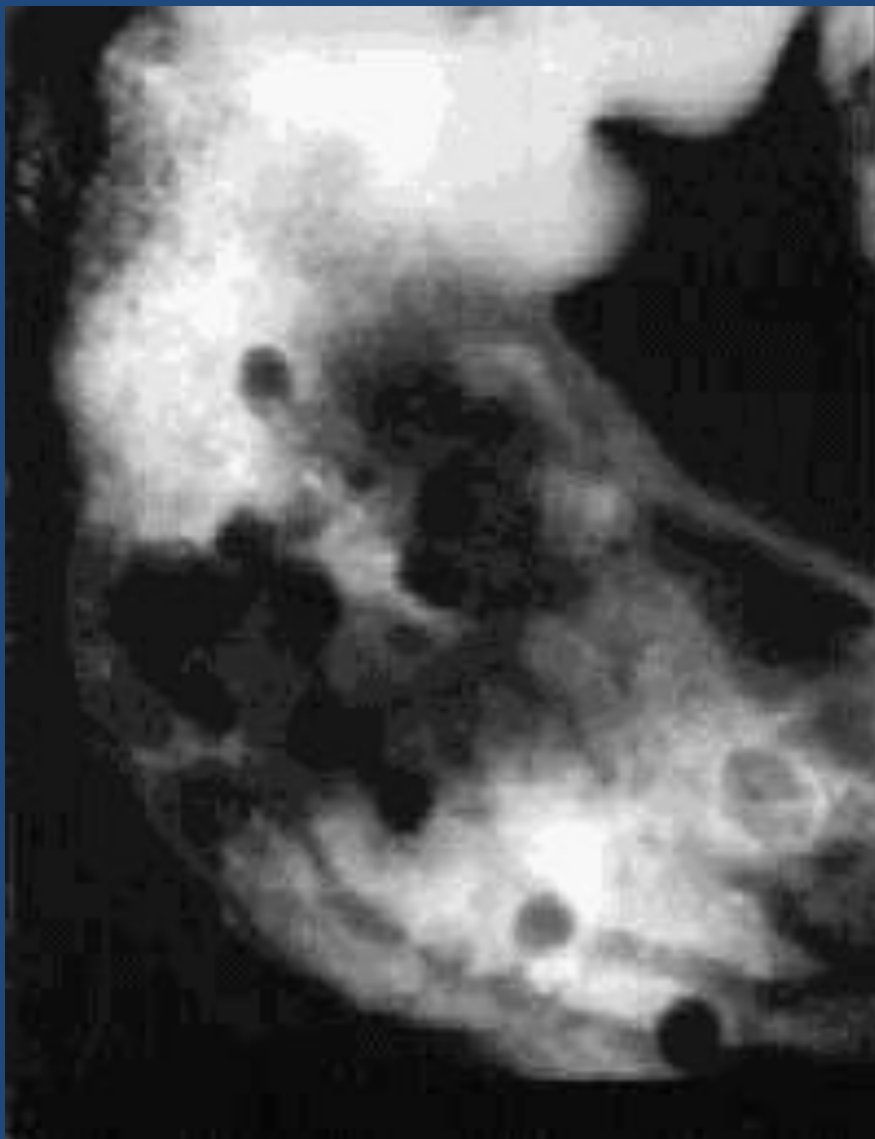


Рис. 83. Аденома желудка

Прицельные рентгенограммы с дозированной компрессией; в синусе виден центральный дефект наполнения (указан стрелками) размерами 3X3,5 см с фестончатым отграниченным контуром; при изменении внутрижелудочного давления форма и размеры дефекта меняются



при наличии множественного полипоза видны множественные дефекты наполнения различной величины округлой или овальной формы с четкими контурами.



**полипоз желудка – видны
неконтрастированные округлые
участки («дефекты наполнения»)**

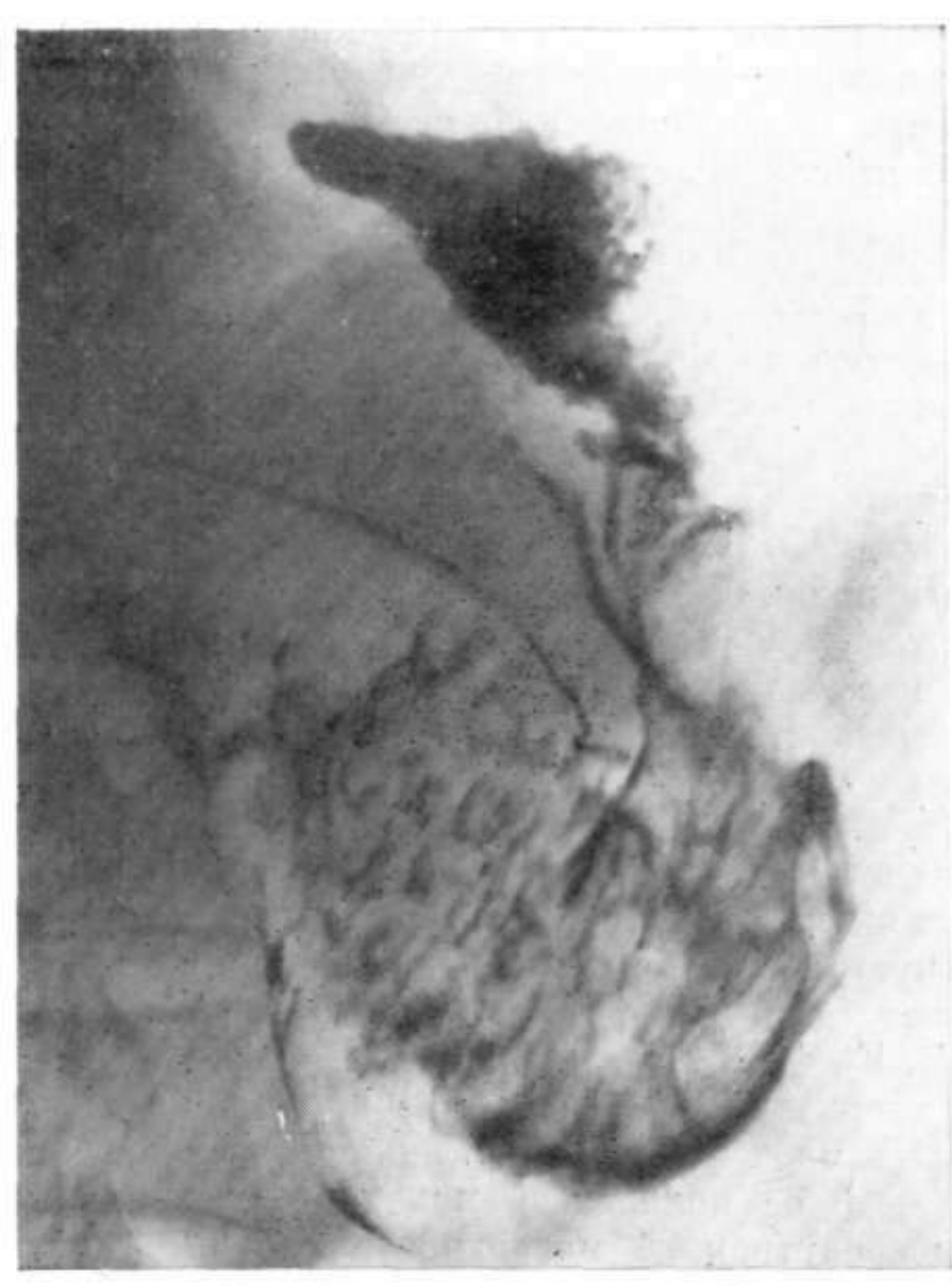


Рис. 85. Полипоз желудка

Прицельные рентгенограммы тела (а), спруса и выходного отдела (б) желудка; видны множественные полиморфные дефекты наполнения; некоторые из них имеют дольчатое строение

Обзорная рентгенограмма желудка. Ворсинчатая опухоль. На фоне двойного контрастирования. Дополнительная тень образования, поверхность которого имеет сетчатый рисунок.

При наличии ворсинчатого полипа дефект наполнения имеет изъеденные расплывчатые контуры, вследствие проникновения контрастной взвеси между ворсинками



ворсинчатый полип антрального отдела желудка



Если полип имеет длинную ножку, она определяется в виде нити просветления, направленной к «дефекту наполнения». При ворсинчатом полипе «дефект наполнения» имеет расплывчатые неровные контуры.



Рентгенологические признаки малигнизации полипов:

- 1. неправильная форма с зазубринами с нечеткими контурами и неоднородность структуры;**
- 2. выпадение перистальтики на уровне полипа, что указывает на инфильтрацию подслизистого, а иногда и мышечного слоев желудка;**
- 3. ригидность стенки;**
- 4. увеличение размера за короткий промежуток;**
- 5. нарушение рельефа, отсутствие складок;**
- 6. краевое расположение, неровность или втянутость основания**



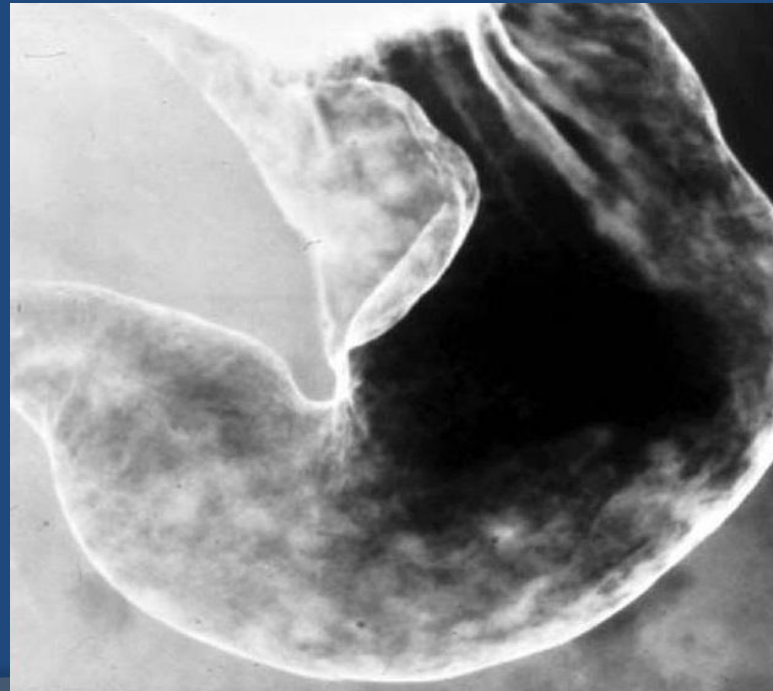
Обзорная рентгенограмма желудка в левой боковой проекции. На стенках желудка определяется несколько образований округлой и овальной формы. Симптом втяжения стенки у основания полипа, расположенного на передней

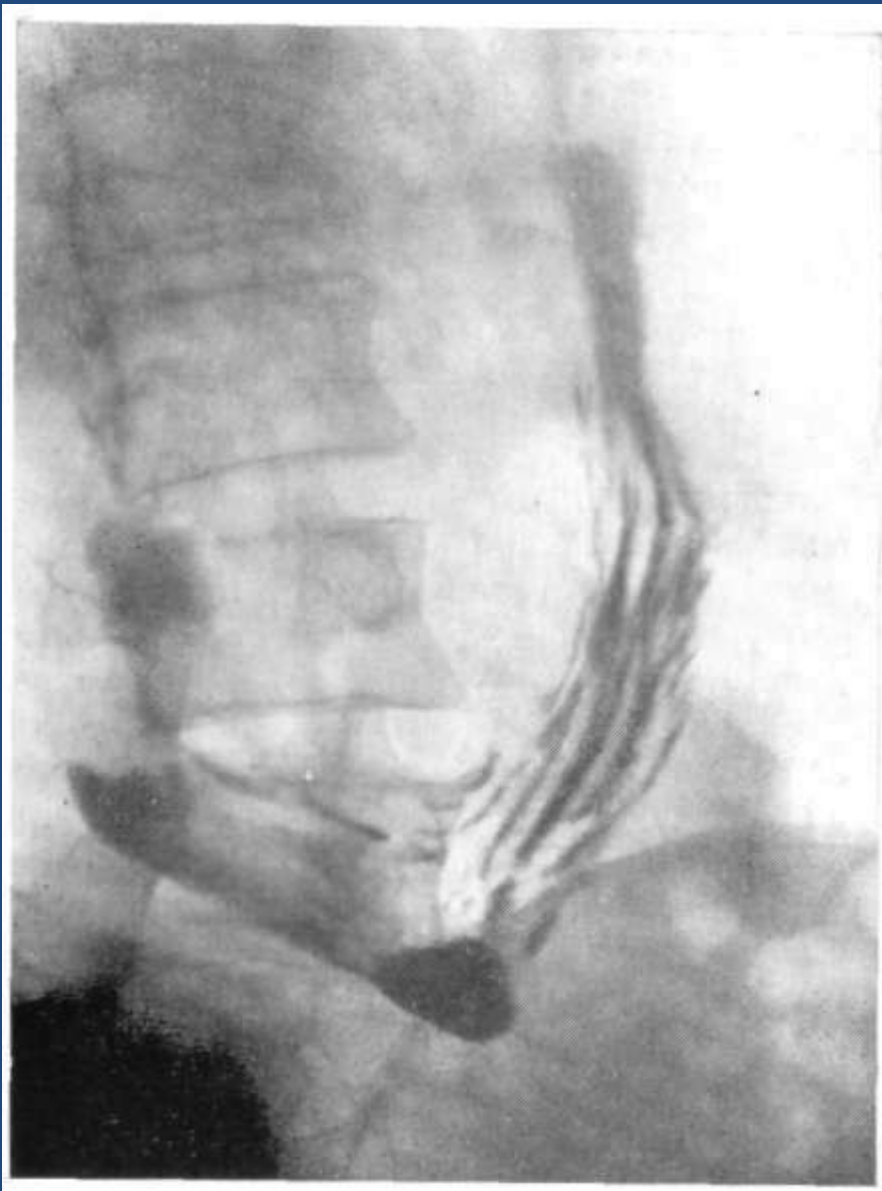
на эхо видно округлое образование фиксированное к стенке и выступающее в просвет с четкими ровными контурами



ФИБРОМА

дефект наполнения или дефект на рельефе округлой или овальной формы с ровными контурами и гладкой поверхностью. При дольчатом строении опухоли или наличии дегенеративных изменений контуры дефекта наполнения могут быть неровными, волнистыми, а при мягкой фиброме и недостаточной компрессии — и нечеткими; это усложняет дифференциальную диагностику доброкачественного и злокачественного процесса. Рельеф слизистой оболочки вокруг фибромы, как правило, не изменен, в области расположения опухоли складки ее раздвинуты, огибают дефект наполнения, а при больших размерах образования полностью сглаживаются.

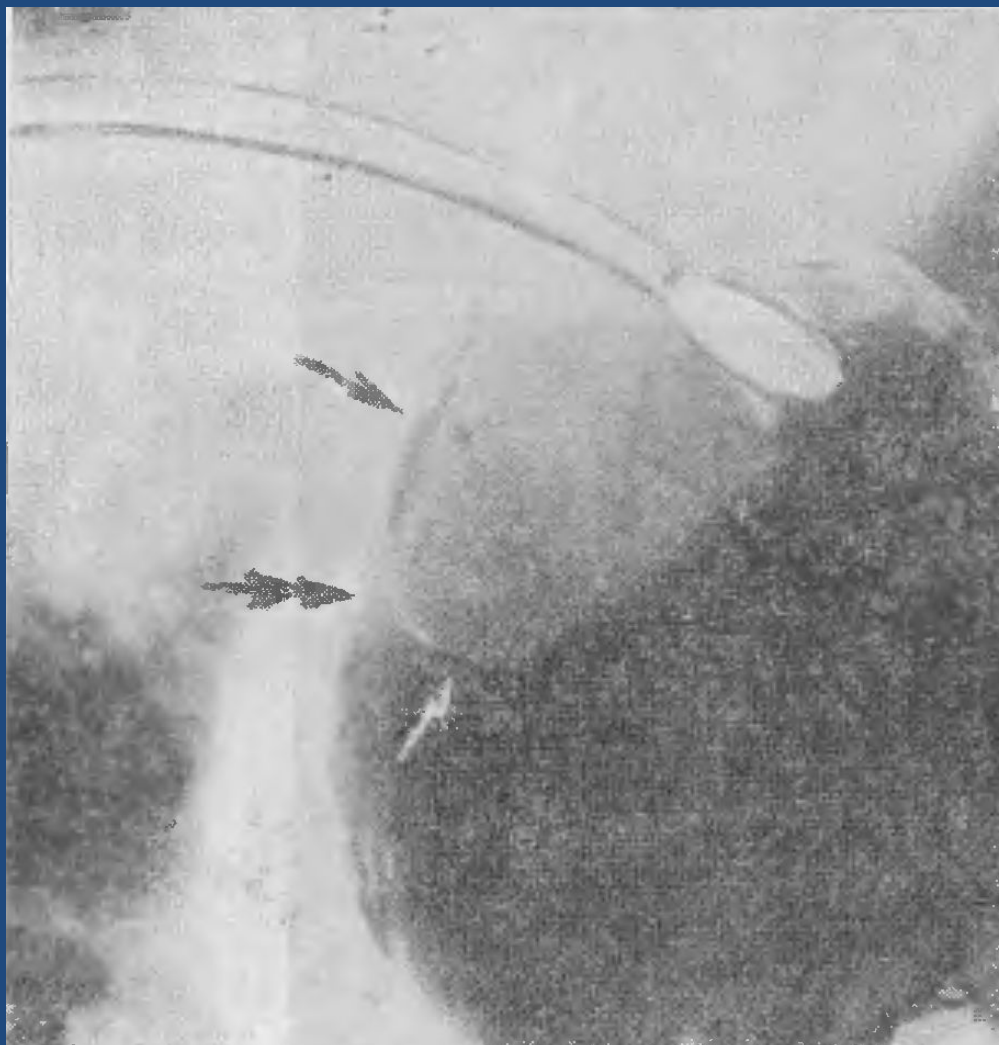




Обзорная
рентгенограмма
желудка.
Симптом ямки
по большой кривизне
антрального отдела
при экзогастральной
фиброзе желудка.



Рентгенологически лейомиома проявляется дополнительной тенью на фоне газового пузыря желудка либо дефектом наполнения округлой или овальной формы с четкими, ровными контурами. При наличии ножки местоположение дефекта наполнения может меняться. Несмотря на то что слизистая оболочка над лейомиомой обычно сохранена, рельеф складок в области дефекта полностью отсутствует из-за разглаживания складок на опухоли. Иногда складки раздвигаются, в ряде случаев они как бы обрываются у края образования.



Рентгенограмма верхнего отдела желудка при первичном двойном контрастировании: на медиальной стенке свода желудка видна дополнительная тень, имеющая правильную овальную форму, однородную структуру, ровные, четкие контуры (указана стрелками); у нижнего полюса опухоль образует острый угол (указан двойной стрелкой) с неизменной стенкой желудка: экспансивно растущая опухоль отодвигает катетер, проходящий через кардию, кверху

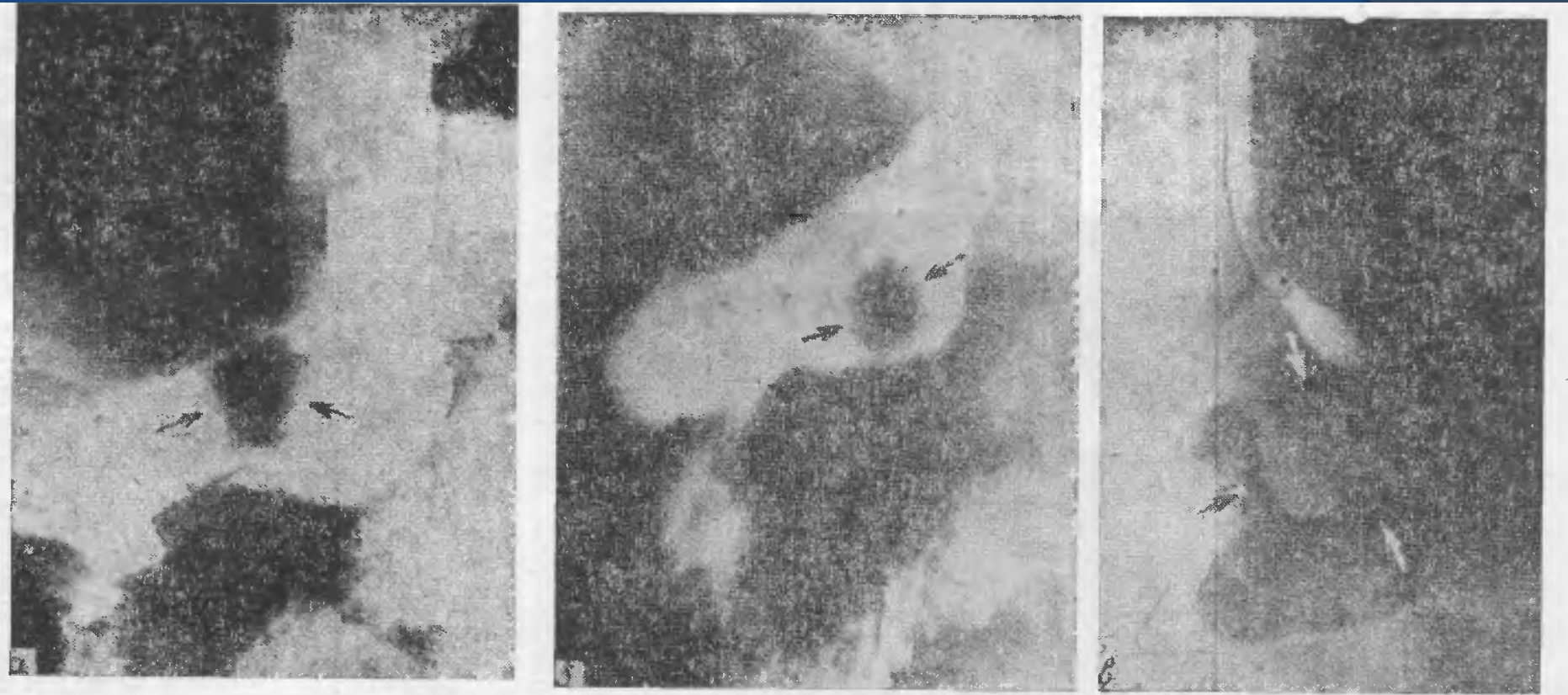


Обзорная рентгенограмма желудка в левой лопаточной проекции, выполненная в горизонтальном положении обследуемого. В субкардиальном отделе дополнительная тень новообразования, поверхность которого перекрыта складками слизистой оболочки - лейомиома. Аксиальная кардиальная нефиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.



При трансабдоминальном ультразвуковом исследовании и эндосонографии желудка лейомиомы выглядят как анэхогенные образования, исходящие из четвертого (иногда из второго) анэхогенного слоя стенки желудка

ЛИПОМА



а, б — обзорные рентгенограммы желудка при различных наполнениях его бариевой взвесью, положениях больной, моторной активности; определяется центральный дефект наполнения (указан стрелками); форма, размеры, очертания и расположение дефекта наполнения изменяются; *в* — обзорная рентгенограмма желудка при двойном контрастировании. Определяется слабо интенсивная долоингательная тень, имеющая округлую форму и не совсем четкие очертания (указана стрелками)

Таким образом, ни клиническое течение, ни рентгенологические признаки доброкачественных неэпителиальных опухолей не позволяют провести их внутригрупповую дифференциальную диагностику. По справедливому мнению большинства исследователей, дать точную характеристику доброкачественных опухолей желудка можно только при гистологическом исследовании. 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 вспомогательным диагностическим методом служит гастроскопия с биопсией и цитологическим исследованием опухолевой ткани.