

<sup>1</sup>Лобанов С.Л., <sup>2</sup>Матвеева Т.В., <sup>2</sup>Лобанов Л.С., <sup>2</sup>Перевалов Д.А., <sup>1</sup> Лобанов Ю.С.

## ЛЕЙОМИОМА ТОНКОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, 672000, Россия, г. Чита, ул. Горького, 39а;

<sup>2</sup>ГУЗ «Городская клиническая больница № 1», 672039, Россия, г. Чита, ул. Ленина, д. 8

**Резюме.** Статья посвящена редкой патологии тонкого кишечника, чрезвычайно трудной для дооперационной диагностики. Чаще всего заболевание проявляется в результате возникших осложнений, острой кишечной непроходимости, перфорации кишки или кишечных кровотечений. Приводится случай собственного наблюдения и успешного лечения лейомиомы тонкой кишки, осложненной кишечной непроходимостью. Проведен анализ литературы, посвященной обсуждению проблем диагностики и лечебной тактики при данной патологии. Ранняя диагностика лейомиом представляет большие трудности. При возникновении кишечной диспепсии одним из наиболее эффективных методов диагностики является МСКТ органов брюшной полости. При возникновении осложнений показана экстренная операция, объем которой определяется индивидуально.

**Ключевые слова:** лейомиома, тонкий кишечник, кишечная непроходимость

<sup>1</sup>Lobanov S.L., <sup>2</sup>Matveeva T.V., <sup>2</sup>Lobanov L.S., <sup>2</sup>Perevalov D.A., <sup>1</sup>Lobanov Yu.S.

## LEIOMYOMA OF THE SMALL INTESTINE COMPLICATED BY INTESTINAL OBSTRUCTION

<sup>1</sup>Chita State Medical Academy, 39a Gorky St., Chita, Russia, 672000;

<sup>2</sup>City Clinical Hospital No 1, 8 Lenina St., Chita, Russia, 672039

**Abstract.** The article is devoted to a rare pathology of the small intestine, which is extremely difficult for preoperative diagnosis. Most often, the disease manifests itself as a result of complications, acute intestinal obstruction, intestinal perforation or intestinal bleeding. The case of own observation and successful treatment of small intestine leiomyoma complicated by intestinal obstruction is given. A review of the literature devoted to the discussion of the problems of diagnosis and therapeutic tactics in this pathology has been conducted. Early diagnosis of leiomyomas is very difficult. When intestinal dyspepsia occurs, one of the most effective diagnostic methods is MSCT of the abdominal organs. In case of complications, an emergency operation is indicated, the volume of which is determined individually.

**Keywords:** leiomyoma, small intestine, intestinal obstruction

Доброкачественные новообразования пищеварительного тракта являются сравнительно малоизученными в клинической практике. Из-за их редкости клинико-патологические данные крайне ограничены, и это приводит к отсутствию четких рекомендаций по диагностике и лечению [1]. В обзоре представлены современные данные о клинических проявлениях, диагностике и лечении лейомиомы тонкой кишки, осложненной кишечной непроходимостью.

В литературе данная патология представлена чаще всего в виде описания отдельных клинических случаев [2, 3]. В связи с развитием диагностических технологий за последние десятилетия частота выявления указанных опухолей заметно увеличилась и составляет около 2% от всех новообразований ЖКТ [4]. Вместе с тем в тонком кишечнике доброкачественные опухоли выявляются редко, в основном при возникновении осложнений, в частности при нарушении кишечной непроходимости [5]. Одной из достаточно редких новообразований является лейомиома, возникающая из гладкой мускулатуры тонкой кишки. По данным из различных источников, частота лейомиом тонкого кишечника составляет 0,1–0,6% от всех новообразований пищеварительного тракта [6], по гендерному признаку не имеет различий и чаще встречается в возрасте 30-50 лет [7].

Лейомиома длительное время медленно увеличивается без какой-либо симптоматики, но при

достижении больших размеров (>5 см) может вызывать обструкцию, инвагинацию или кровотечение [7]. В силу своей локализации данная опухоль обычно очень трудна для диагностики. Поводом для обращения обычно является внезапно возникшее осложнение, чаще острая кишечная непроходимость, реже кишечное кровотечение. Наиболее частые механизмы развития кишечной непроходимости:

- механическое перекрытие просвета кишки;
- инвагинация (внедрения одного участка кишки в другой);
- перекрут ножки опухоли (при субсерозном расположении).

Опухоль обычно возникает в гладкомышечном слое тонкой кишки. При этом рост ее наблюдается как в просвет кишечника, так и субсерозно. В последнем случае по данным УЗИ определяется узел или инфильтрат, нередко принимаемый за кисту брюшной полости [6, 8, 9, 10, 11, 12]. Нередко кишечная непроходимость развивается вследствие сочетания лейомиомы повздошной кишки и болезни Крона [2, 9]. В редких случаях при изъязвлении опухоли может возникать кишечное кровотечение, при этом обычно очень сложно верифицировать его источник. Злокачественным вариантом гладкомышечной опухоли является лейомиосаркома. Вероятность малигнизации лейомиом расценивается как крайне низкая [13, 14]. Диагностика включает физикальные, лабораторные и инструментальные исследования. Объективные признаки, как правило, появляются при возникновении осложнений. Клиническая картина соответствует острой кишечной непроходимости, возникают схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула и газов, вздутие живота. Лабораторные методы включают общий анализ крови – возможен лейкоцитоз при воспалении. Биохимические показатели: гипопропротеинемия, электролитные нарушения из-за рвоты. Инструментальные методы включают появления чаш Клойбера, уровней жидкости при рентгенографии брюшной полости. УЗИ позволяет выявить инвагинацию или объемное образование. КТ с контрастированием («золотой стандарт») позволяет оценить локализацию опухоли, степень обструкции и признаки ишемии кишки [5]. Лечебная тактика при лейомиоме тонкой кишки заключается в радикальном хирургическом лечении. Наиболее частым и клинически значимым осложнением является кишечная непроходимость, развивающаяся в 30–40% случаев [14]. Механизм обструкции связан с obturацией просвета крупной опухолью (>5 см) или инвагинацией, когда лейомиома становится точкой внедрения одного участка кишки в другой. В исследовании Lee et al. (2018) показано, что инвагинация чаще встречается при подслизистом расположении опухоли, тогда как субсерозные лейомиомы чаще провоцируют перекрут петель кишки.

Еще одним опасным осложнением считается кровотечение, возникающее при изъязвлении слизистой над опухолью. В отличие от злокачественных новообразований, лейомиомы редко вызывают массивные кровопотери, хроническая постгеморрагическая анемия может оставаться единственным симптомом [7]. В ряде случаев описаны перфорации тонкой кишки, обусловленные ишемией стенки вследствие сдавления сосудов или воспалительной инфильтрации [5].

Наиболее грозным осложнением является некроз кишки из-за длительной обструкции или перекрута брыжейки. Это состояние сопровождается системной воспалительной реакцией, электролитными нарушениями и высоким риском перитонита, что увеличивает послеоперационную летальность до 5–10% [13]. Реже встречается малигнизация лейомиомы в лейомиосаркому, однако такие случаи требуют иммуногистохимического подтверждения.

Диагностика осложнений базируется на данных КТ с контрастированием, выявляющей уровень обструкции, признаки ишемии или свободный газ при перфорации. Лечение всегда хирургическое, причем объем резекции зависит от степени повреждения кишки. Прогноз благоприятный при своевременном вмешательстве, однако задержка операции ухудшает исходы из-за развития сепсиса и полиорганной недостаточности. Вместе с тем нет единого подхода к объему вмешательства. Так, во избежание рецидивов одни авторы рекомендуют широкие резекции кишки [3, 13], другие, напротив, менее объемные вмешательства, например эндоскопическую субмукозную диссекцию опухоли [13, 14]. При подтверждении кишечной непроходимости на фоне лейомиомы тонкой кишки пациент госпитализируется в хирургическое отделение. Перед операцией требуется стабилизация состояния, проводится инфузионная терапия [15]. Для снижения внутрипросветного давления рекомендуется

назогастральный зонд и очистительные клизмы (при частичной непроходимости). Наиболее частым вариантом является резекция кишки с анастомозом, которая рекомендуется при опухолях >2 см. Энтеротомия с удалением опухоли возможна при небольших субмукозных лейомиомах без некроза стенки. При возникших осложнениях, в частности при перитоните, дополнительно проводится санация брюшной полости и дренирование. При массивном некрозе кишки – резекция с выведением стомы (второй этап – восстановление через 3–6 мес.) [13, 16].

#### **Заключение.**

Лечение лейомиомы тонкой кишки, осложненное кишечной непроходимостью, требует экстренного хирургического вмешательства. Оптимальный объем операции – резекция кишки с анастомозом. Лапароскопическая операция возможна при отсутствии осложнений. Послеоперационное ведение включает антибиотикопрофилактику, раннюю реабилитацию и гистологическую верификацию. Дальнейшая тактика зависит от степени системных нарушений, вызванных кишечной непроходимостью [14, 16].

**Целью сообщения** является представление собственного наблюдения осложненного варианта данной патологии, а также обсуждение проблем диагностики и лечебной тактики.

Пациентка А., 63 года, обратилась в Городскую клиническую больницу № 1 г.Читы 16.02.2025 с жалобами на боли в животе, схваткообразного характера, скудный стул. Считает себя больной в течение недели, когда стала отмечать боли в верхних отделах живота. Самостоятельно принимала симетикон, смектит диоктаэдрический, левомицетин – без эффекта, после появился скудный стул 1 раз в день. За помощью не обращалась. 16.02.2025, ввиду сохранения болевого синдрома, обратилась в дежурный стационар. Осмотрена хирургом, госпитализирована в хирургическое отделение.

Анамнез жизни без особенностей.

При физикальном обследовании – общее состояние средней тяжести. Уровень сознания по шкале Глазго (баллов) – 15 баллов. Положение больного активное. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Отеки не определяются. Слизистые оболочки обычной окраски, чистые, влажные.

Форма грудной клетки нормостеническая. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания симметрично. Пальпация грудной клетки безболезненная. Голосовое дрожание одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуторный звук легочный. Аускультация – жесткое дыхание. Хрипов нет.

Область сердца не изменена. Верхушечный толчок в V межреберье по срединноключичной линии. Пульс ритмичный, 78 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Границы относительной тупости сердца: верхняя – III межреберье слева, правая – в IV межреберье по правому краю грудины, левая – V межреберье, совпадает с верхушечным толчком.

Язык чистый, влажный. Живот обычной конфигурации, не вздут, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, болезненный в мезогастрии. Печень не увеличена. Размеры печени по Курлову – 9\*8\*7 см. Край печени не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Стул, со слов, скудный. оформленный накануне госпитализации. Наличие симптомов раздражения брюшины не определяется. Результат пальцевого ректального исследования – дополнительные образования не определяются.

Поясничная область без видимой патологии. Пальпация в области почек безболезненная. Перкуссия мочевого пузыря по лону. Область почек не изменена. Диурез достаточный. Поколачивание по костно-verteбральным углам безболезненное. Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Менингеальные симптомы не определяются. Термометрия – 36,6 °С. ЧСС – 78 в минуту. Артериальное давление – 126/83 мм. рт. ст. Вес – 78 кг. Рост – 164 см. ИМТ – 29,00 кг/м<sup>2</sup>. ЧДД в минуту – 16. SpO<sub>2</sub> – 99%.

STATUS LOCALIS. Живот обычной конфигурации, не вздут, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, болезненный в мезогастрии. При глубокой пальпации над пупочным кольцом (3 см) определяется образование мягко-эластичной консистенции, размером до 5 см в диаметре, болезненное. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Предварительный диагноз: основное заболевание – инвагинация толстой кишки? Осмотрена хирургом, госпитализирована в хирургическое отделение.

Проведена эзофагогастродуоденоскопия: хронический очаговый атрофический гастрит. Выполнено УЗИ органов брюшной полости: повышенная пневматизация петель кишечника. Диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы (липоматоз). При проведении МСКТ органов брюшной полости на серии томограмм живота: печень немного увеличена, размерами 201 x 112 мм (N на уровне ворот печени – 200 x 100мм), пониженной плотности около +34 HU (N +55–65 HU), однородной структуры. Контуры печени – ровные, крупнобугристые. Внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Холедох не расширен. Желчный пузырь не изменен; в просвете пузыря – довольно однородное содержимое. Стенки желчного пузыря равномерной толщины. Окружающая клетчатка без видимых изменений. Поджелудочная железа: обычных размеров, пониженной плотности, дольчатой однородной структуры. Вирсунгов проток не расширен. Окружающая клетчатка не изменена. Селезенка не увеличена, структура не изменена. Надпочечники без видимых изменений. Почки обычно расположены, не увеличены, с довольно четкими, ровными контурами. Структура и плотность паренхимы не изменены. Чашечно-лоханочные системы не расширены. Мочеточники не расширены, конкрементов по ходу мочевыводящих путей не выявлено. Органы малого таза без видимых патологических изменений. Отмечаются атеросклеротические изменения аорты, подвздошных артерий. Лимфатические узлы брыжейки 5 x 3 мм. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Наблюдается инвагинация слепой кишки в поперечно-ободочную, просвет поперечно-ободочной кишки неравномерно расширен до 42 мм, в просвете – негомогенное содержимое, дистальные отделы толстой кишки спавшиеся. Брыжейка слева немного инфильтрирована. Наблюдаются признаки остеохондроза, спондилоартроза, деформирующего спондилеза поясничного отдела позвоночника. Заключение: признаки инвагинации толстой кишки. Умеренная гепатомегалия. Признаки гепатоза I ст.; липоматозной атрофии поджелудочной железы. Лабораторные показатели в пределах нормы.

На основании клинических и дополнительных методов исследования поставлен диагноз: опухоль подвздошной кишки. Тонко-толстокишечная инвагинация. Острая кишечная непроходимость. Больная взята в операционную. Под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия. При ревизии, в подвздошной кишке в 10–12 см проксимальнее илиоцекального угла, в просвете кишки определяется опухоль до 6 см в диаметре, смещаемая до баугиниевой заслонки, образуя вместе со слепой кишкой инвагинат, протяженностью до 15 см. Стенка толстой и тонкой кишки в этой зоне резко отечна, блестящая. Выше места препятствия петли тонкого кишечника незначительно раздуты. В брюшной полости скудное количество серозного выпота. Произведена резекция илеоцекального угла, наложение тонко-толстокишечного анастомоза по типу "бок-в-бок" с использованием никелид-титанового импланта с памятью формы, дренирование брюшной полости. При осмотре макропрепарата обнаружена округлая опухоль на ножке (рис. 1), на разрезе гомогенная, белесовато-желтого цвета (рис. 2).



Рисунок 1. Макропрепарат: лейомиома тонкой кишки на ножке (фотография авторов)



Рисунок 2. Макропрепарат: опухоль тонкой кишки, вид на разрезе (фотография авторов)

Диагноз после операции. Основное заболевание: опухоль подвздошной кишки. Операция 16.02.2025. Код диагноза по МКБ-10 – D37.2. Новообразование неопределенного или неизвестного характера тонкого кишечника. Осложнения основного заболевания: тонко-толстокишечная инвагинация. Острая кишечная непроходимость.

Гистологическое заключение: морфологическая картина лейомиомы с нарушением питания.

Послеоперационный период – без осложнений. Выписана на 15-е сутки в удовлетворительном состоянии.

**Выводы.** Ранняя (доклиническая) диагностика лейомиом представляет большие трудности. При

возникновении кишечной диспепсии одним из наиболее эффективных методов диагностики, является МСКТ органов брюшной полости. При возникновении осложнений показана экстренная операция.

**Сведения о финансировании и конфликте интересов.**

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Авторы заявляют об отсутствии финансирования работы.

**Сведения о вкладе авторов.**

1. Лобанов Сергей Леонидович – написание и редактирование текста (20%).
2. Матвеева Татьяна Владимировна – оперирующий хирург, анализ истории болезни (20%).
3. Лобанов Леонид Сергеевич – анализ данных литературы по теме (20%).
4. Перевалов Денис Алексеевич – лечащий врач, автор иллюстративного материала (20%).
5. Лобанов Юрий Сергеевич – анализ данных литературы, написание текста статьи (20%).

**Информация о соответствии статьи научной специальности.**

3.1.9 – Хирурги. 3.1.6 – Онкология, лучевая терапия.

**Список литературы:**

1. Hihara J., Mukaida H., Hirabayashi N. Gastrointestinal stromal tumor of the esophagus: current issues of diagnosis, surgery and drug therapy. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2018 Jan 22. 3. 6. doi: 10.21037/tgh.2018.01.06. PMID: 29441371; PMCID: PMC5803007.
2. Matalqah H., Yaseen R., Al-Hajjaj M., Matalkeh L., Matalkeh M., Al Taani B. Leiomyoma as a rare cause of small bowel obstruction: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2023 Aug.; 109:108473. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.108473. Epub 2023 Jul 7. PMID: 37441980; PMCID: PMC10362285.
3. Dauksaite E., Zidonis Z., Zidonyte Z. et al. Leiomyoma of the small bowel. A case report. *Ann Ital Chir.* 2023 May 8;12:S2239253X23038100. PMID: 37199114.
4. Žak K., Zaremba B., Rajtak A., et al. Preoperative Differentiation of Uterine Leiomyomas and Leiomyosarcomas: Current Possibilities and Future Directions. *Cancers (Basel).* 2022. Apr. 13; 14 (8): 1966. doi: 10.3390/cancers14081966. PMID: 35454875; PMCID: PMC9029111.
5. Chen, X., Zhang, L., Wang, Y. The role of CT in diagnosing small bowel obstruction caused by benign tumors. *Abdominal Radiology*, 2021. 46 (3). 1124–1130. DOI: 10.1007/s00261-020-02752-8.
6. Behers B.J., Behers B.M., Perez R.C. et al. Rare Presentation of Small Bowel Obstruction Secondary to Intestinal Leiomyoma in a Patient with Crohn's Disease. *Case Rep Surg.* 2023. Mar. 3. 2023:8008712. doi: 10.1155/2023/8008712. PMID: 36936354; PMCID: PMC10023226.
7. Gill, S.S., Neuman, D.M., Mihas, A.A. Small intestinal neoplasms. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2020. 54 (1). 12–18. DOI: 10.1097/MCG0000000000001287.
8. Мимоход А.А., Знаменский А.А. Лейомиома тонкой кишки. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова* 2017. 12. 2.139-142.
9. Rajput D., Kumar N., Mallik D., Singh A., Sharma J. Proximal Jejunum Leiomyoma unmasked as Acute Volvulus in an adult: a rare case report with management review. *Pol Przegl Chir.* 2021 May 4. 94 (4). 49–52. doi: 10.5604/01.3001.0014.8625. PMID: 36047355.
10. Matalqah H., Yaseen R., Al-Hajjaj M., et al. Leiomyoma as a rare cause of small bowel obstruction: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2023 Aug. 109. 108473. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.108473. Epub 2023 Jul. 7. PMID: 37441980; PMCID: PMC10362285.
11. Rehman F., Talib S., Razetto A., Daliparty V., Yotsuya M. Parasitic Leiomyoma as a Cause for Primary Small Bowel Obstruction. *Cureus.* 2022 Mar. 25. 14 (3): e23473. doi: 10.7759/cureus.23473. PMID: 35495011; PMCID: PMC903858.
12. Низязева Н.В., Коган Е.А., Файзуллина Н.М. и соавт. Липолейомиома подвздошной кишки с развитием инвагинации и острой кишечной непроходимости. *Архив патологии.* 2014. 76 (2). 43–45.
13. Zhang, R., Li, P., Zhao, Y. Laparoscopic management of small bowel leiomyoma: A case series. *Surgical Endoscopy* 2020. 34 (5). 2231–2236. DOI: 10.1007/s00464-020-07423-9.
14. Al-Khyatt W., Aggarwal S., & Jutley R. Small bowel leiomyoma causing intestinal obstruction: A case

- report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2017. 31. 200–203. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.01.033
15. Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Степанюк И.В., Серегин М.В. Диагностика и хирургическое лечение опухолей тонкой кишки. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. 2011. 6. 2. 49–55.
  16. Al-Khyatt W., Aggarwal S., Jutley R. Small bowel leiomyoma causing intestinal obstruction: A case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2017. 31. 200–203. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.01.033.

### References:

1. Hihara J., Mukaida H., Hirabayashi N. Gastrointestinal stromal tumor of the esophagus: current issues of diagnosis, surgery and drug therapy. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2018 Jan 22. 3. 6. doi: 10.21037/tgh.2018.01.06. PMID: 29441371; PMCID: PMC5803007.
2. Matalqah H., Yaseen R., Al-Hajjaj M., et al. Leiomyoma as a rare cause of small bowel obstruction: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2023. Aug. 109:108473. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.108473. Epub 2023. Jul. 7. PMID: 37441980; PMCID: PMC10362285.
3. Dauksaite E., Zidonis Z., Zidonyte Z. et al. Leiomyoma of the small bowel. A case report. *Ann Ital Chir*. 2023. May 8;12:S2239253X23038100. PMID: 37199114.
4. Žak K., Zaremba B., Rajtak A., et al. Preoperative Differentiation of Uterine Leiomyomas and Leiomyosarcomas: Current Possibilities and Future Directions. *Cancers (Basel)*. 2022 Apr. 13; 14 (8): 1966. doi: 10.3390/cancers14081966. PMID: 35454875; PMCID: PMC9029111.
5. Chen X., Zhang L., Wang Y. The role of CT in diagnosing small bowel obstruction caused by benign tumors. *Abdominal Radiology*, 2021. 46 (3). 1124–1130. DOI: 10.1007/s00261-020-02752-8.
6. Behers B.J., Behers B.M., Perez R.C. et al. Rare Presentation of Small Bowel Obstruction Secondary to Intestinal Leiomyoma in a Patient with Crohn's Disease. *Case Rep Surg*. 2023. Mar. 3. 2023:8008712. doi: 10.1155/2023/8008712. PMID: 36936354; PMCID: PMC10023226.
7. Gill, S.S., Heuman, D.M., Mihas, A.A. Small intestinal neoplasms. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2020. 54 (1). 12–18. DOI: 10.1097/MCG0000000000001287.
8. Mimokhod A.A., Znamensky A.A. Leiomyoma of the small intestine. *Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov*. 2017. 12. 2. 139–142. In Russian.
9. Rajput D., Kumar N., Mallik D., Singh A., Sharma J. Proximal Jejunum Leiomyoma unmasked as Acute Volvulus in an adult: a rare case report with management review. *Pol Przegl Chir*. 2021. May 4. 94 (4). 49–52. doi: 10.5604/01.3001.0014.8625. PMID: 36047355.
10. Matalqah H., Yaseen R., Al-Hajjaj M., et al. Leiomyoma as a rare cause of small bowel obstruction: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2023. Aug. 109. 108473. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.108473. Epub 2023 Jul 7. PMID: 37441980; PMCID: PMC10362285.
11. Rehman F., Talib S., Razetto A., Daliparty V., Yotsuya M. Parasitic Leiomyoma as a Cause for Primary Small Bowel Obstruction. *Cureus*. 2022. Mar. 25. 14 (3): e23473. doi: 10.7759/cureus.23473. PMID: 35495011; PMCID: PMC903858.
12. Niziaeva N.V., Kogan E.A., Faizullina N.M., et al. Iliac lipoleiomyoma with development of invagination and acute ileus. *Russian Journal of Archive of Pathology*. 2014; 76 (2): 43–45. In Russian.
13. Zhang R., Li P., Zhao Y. Laparoscopic management of small bowel leiomyoma: A case series. *Surgical Endoscopy* 2020. 34 (5). 2231–2236. DOI: 10.1007/s00464-020-07423-9.
14. Al-Khyatt W., Aggarwal S., & Jutley R. Small bowel leiomyoma causing intestinal obstruction: A case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2017. 31. 200–203. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.01.033.
15. Stoyko Yu.M., Levchuk A.L., Stepanyuk I.V., Seregin M.V. Diagnostics and surgical treatment of small intestine tumors. *Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov*. 2011. 6. 2. 49–55. In Russian.
16. Al-Khyatt W., Aggarwal S., Jutley R. Small bowel leiomyoma causing intestinal obstruction: A case

report and literature review. International Journal of Surgery Case Reports. 2017. 31. 200–203. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.01.033.

***Информация об авторах:***

1. **Лобанов Сергей Леонидович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии, e-mail: [slobaov15@mail.ru](mailto:slobaov15@mail.ru), ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1665-3754>.
2. **Матвеева Татьяна Владимировна**, врач-хирург, e-mail: [gd.beat.@gmail.com](mailto:gd.beat.@gmail.com).
3. **Лобанов Леонид Сергеевич**, к.м.н., заместитель главного врача по хирургии, e-mail: [leonid.lobanov74@mail.ru](mailto:leonid.lobanov74@mail.ru), ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6960-8370>.
4. **Перевалов Денис Алексеевич**, врач-хирург, e-mail: [gd.beat.@gmail.com](mailto:gd.beat.@gmail.com).
5. **Лобанов Юрий Сергеевич**, к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, e-mail: [yuriilobanov@mail.ru](mailto:yuriilobanov@mail.ru), ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-9398-1447>.

***Author information:***

1. **Lobanov S.L.**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Faculty Surgery with a course in Urology, e-mail: [slobaov15@mail.ru](mailto:slobaov15@mail.ru), ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1665-3754>.
2. **Matveeva TV.**, surgeon, e-mail: [gd.beat.@gmail.com](mailto:gd.beat.@gmail.com).
3. **Lobanov L.S.**, Candidate of Medical Sciences, Deputy Chief of Surgery, e-mail: [leonid.lobanov74@mail.ru](mailto:leonid.lobanov74@mail.ru), ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6960-8370>.
4. **Perevalov D.A.**, surgeon, e-mail: [gd.beat.@gmail.com](mailto:gd.beat.@gmail.com).
5. **Lobanov Y.S.**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Faculty Surgery with a course in Urology, e-mail: [yuriilobanov@mail.ru](mailto:yuriilobanov@mail.ru), ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-9398-1447>.

***Информация***

Дата передачи в печать – 30.12.2025

Дата опубликования – 27.01.2026