

УДК 616.33- 006.363:616.37-003.4

*И.Е. Верхулецкий, Г.Г. Пиллюгин, А.Г. Осипов, Ю.Г. Луценко, С.В. Скубенко***ЛЕЙОМИОМА ЖЕЛУДКА, СИМУЛИРУЮЩАЯ ПСЕВДОКИСТУ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

Лейомиома желудка встречается достаточно редко. По данным [1] из 82 лейомиом обнаруженных в желудочно-кишечном тракте, лишь у 2 она локализовалась в желудке. Данные о локализации лейомиом в том или ином отделе желудка расходятся. По данным [2] наиболее часто они локализуются в средней трети желудка (39%), в антральном отделе (20%), в области свода и привратнике (12%), кардии (10%).

Лейомиома имеет вид одиночных или множественных плотных узлов, диаметр которых не превышает 2 см, иногда достигают достаточно крупных размеров 5 см и более [2].

Лейомиома желудка часто протекает бессимптомно, и выявляются случайно при рентгенологическом или эндоскопическом исследовании [2-4]. В зависимости от локализации лейомиомы в желудке клинические проявления различны: нарушение эвакуаторной функции, дисфагии, тупые ноющие боли в эпигастриальной области. Иногда, при осложненном течении (изъязвлении), клинические проявления характерны как для обострения язвенной болезни желудка, иногда могут возникать желудочно-кишечные кровотечения, которые носят скрытый характер и проявляются железодефицитной анемией [2, 5-7].

В нашем наблюдении лейомиома тела желудка носила характер псевдокисты поджелудочной железы.

Больная Ш., 64 лет, поступила в клинику хирургии № 1 ФИПО Донецкого национального медицинского университета 13.07.2011 г. с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, общую слабость, наличие опухолевидного образования в эпигастрии, сухость во рту. Считает себя больной на протяжении 2 месяцев, когда пациентка обнаружила опухолевидное образование в верхнем этаже живота. Сразу за медпомощью не обратилась. Состоит на диспансерном учёте у эндо-

кринолога по поводу сахарного диабета, тип 2, средней тяжести и смешанного зоба 4 степени. Пациентка страдает хроническим панкреатитом. В связи с появлением болей, обратилась к врачу, обследована на догоспитальном этапе.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости свободная жидкость в животе не обнаружена. Пальпируемое образование в мезогастррии, подвижное, с четким контуром, смещающееся книзу в вертикальном положении, кистозно-солидное ($1/2$ часть объёма – жидкостный компонент), размер – до 12 см в диаметре. При энергетическом картировании на границе «шума» – локусы кровотоков в солидной части не определяются, по задней стенке образование имеет капсулу до 0,6 см в диаметре. Выводы: кистозное образование брюшной полости. Выполнена спиральная компьютерная томография – в проекции сальниковой сумки, деформируя антральный отдел желудка, определяется образование пониженной плотности, близкой к жидкостной, размерами 12,9×9,1×8,7 см, распространяющееся на большой сальник и каудально до уровня L₄ позвонка. Заключение: жидкостное образование, в проекции сальниковой сумки, неясного генеза, вероятно, псевдокиста. Изменения в хвосте поджелудочной железы могут быть обусловлены хроническим воспалительным процессом. При фиброэзофагогастроуденоскопии в нижней трети тела желудка по задней стенке определяется образование, выступающее в просвет желудка до 10 см в диаметре, слизистая не изменена, стенки ригидные. Взята биопсия. Общий анализ крови: эритроциты – 4,6 Т/л, гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты – 5,0 Г/л, СОЭ – 20 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. Билирубин крови: общий – 18,4 мколь/л, прямой – 6,2 мколь/л, непрямой – 12,2



Рис. Лейомиома желудка. Интраоперационная фотография

мколь/л, АсАТ – 0,14 ммоль/(чл), АлАТ – 0,18 ммоль/(чл), общий белок – 65 г/л, сахар крови – 7,9 ммоль/л, ПТИ – 90%.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Гемодинамика стабильная, пульс 68 ударов в 1 мин, АД – 140/80 mmHg. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Там же пальпируется подвижное опухолевидное образование, размерами 12×7×5 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Учитывая клиническую картину и данные исследования выставлен диагноз хронический панкреатит, псевдокиста поджелудочной железы. 14.07.2011. под общим обезболиванием произведена операция: лапаротомия, вскрытие сальниковой сумки, удаление опухо-

ли желудка, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Во время операции выявлена киста 13×13×9 см, толщина стенки 1 см, исходящее из задней стенки тела желудка из серозно-мышечного слоя на короткой сосудистой ножке (см. рис.). Произведено удаление опухоли желудка с сосудистой ножкой. Гистологическое заключение № 714: в препарате ткань лейомиомы с толстой фиброзной капсулой, кровоизлияниями в опухоль и умеренной воспалительной инфильтрацией. Лейомиома с воспалительной инфильтрацией в строме сосудистой ножки в пределах серозно-мышечного слоя.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение по месту жительства. Таким образом, представленное наблюдение свидетельствует о том, что лейомиома желудка может симулировать псевдокисту поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубосказова Ю.В. Современные подходы к диагностике и лечению лейомиом желудка: данные литературы и описание собственного наблюдения / Ю.В. Дубосказова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – № 6. – С. 81-82.
2. Василенко В.Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев. – М.: Медицина, 1981. – 344 с.
3. Опухоли желудка. / В.Х. Василенко, С.И. Рапопорт, М.М. Сальман [и др.] – М.: Медицина, 1989. – 288 с.
4. Патологическая анатомия доброкачественных опухолей желудка: Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева. – Т. 1. – М.: Медицина, 1995. – С. 560-562.
5. Лемешко З.А. Трансабдоминальное УЗИ в диагностике лейомиом желудка / З.А. Лемешко, М.И. Расулов, З.М. Османова // Клин. мед. – 2006. – № 12. – С. 57-59.
6. «Seedling» mesenchymal tumors (gastrointestinal stromal tumors and leiomyomas) are common incidental tumors of the esophagogastric junction / S. Abraham, A. Krasinskas, W. Hofstetter [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. – 2007. – Vol. 31. – P. 1629-1635.
7. Laparoscopic wedge resection of gastric leiomyoma / E. Tarcoveanu, C. Bradea, G. Dimofte [et al.] // J.Soc. Laparoendosc. Surg. Publ. – 2006. – Vol. 10. – P. 368-374.

Стаття надійшла 19.01.2012