

УДК 616.341 – 006.326-007.44:616.34-007.272-036.11

## ЛЕЙОМИОМА ТОНКОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ ИНВАГИНАЦИЕЙ И ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В.Г. Стенько д.м.н., проф., Е.А. Минюк, А.Б. Шульц

Гродненский государственный медицинский университет

ГКО «Скорая медицинская помощь» г. Гродно

Неэпителиальные опухоли тонкой кишки – редкий вид новообразований. Y.T. Lee сообщил, что доброкачественные неэпителиальные опухоли составляют 25% от всех опухолей тонкой кишки [1]. они чаще всего становятся случайной находкой во время лапаротомии или при аутопсии. Свидетельством редкости данной патологии является тот факт, что к 1962г. в мировой литературе имелись описания лишь 397 наблюдений неэпителиальных опухолей тонкой кишки [2].

Диагностика неэпителиальных опухолей на догоспитальном этапе практически невозможна. Почти половина пациентов с неэпителиальными опухолями тонкой кишки поступают с развившимися осложнениями и зачастую оперируются по срочным показаниям.

Приводим наблюдение: пациент М., 38 лет, и.б. № 3419 поступил в хирургическое отделение ГКО «СМП» г. Гродно 14 марта 2003года с жалобами на периодические схваткообразные боли в брюшной полости, вздутие живота, задержку стула, неотхождение газов. Была однократная рвота.

Из анамнеза установлено, что в течение последних 2,5 месяцев пациент отмечал эпизоды кратковременного вздутия живота, задержку стула, неотхождение газов, боли в животе неопределенного характера. Обследовался в отделении гастроэнтерологии, где был выставлен диагноз: хронический колит. В прошлом оперирован по поводу острого аппендицита.

Общее состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульс 96 уд. в мин., удовлетворительных качеств. АД – 140/90 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, больше справа, мягкий, при пальпации болезненный в правом нижнем квадранте, где пальпируется раздутая петля тонкой кишки (?). На этом же участке определяется шум плеска. Кишечные шумы при аускультации усилены. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Per rectum – без особенностей, ампула пустая.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости видны чаши Клойбера.

Общий анализ крови от 14.03.03г. эр. –  $3,3 \times 10^{12}/л$ , Нв – 110 г/л, л. –  $7,2 \times 10^9/л$ .

Выставлен диагноз: острая спаечная кишечная непроходимость. В течение часа проведена комплексная предоперационная подготовка.

15.03.03г. пациент оперирован. Выполнена средне-средняя лапаротомия. Гемостаз. При ревизии органов

брюшной полости выявлено, что примерно на середине тонкой кишки имеется инвагинат длиной 35 см и диаметром 8 см. Выше места расположения инвагината тонкая кишка раздута. Ниже его – в спавшемся состоянии.

Произведено частичное дезинвагинирование. Полностью расправить инвагинат не представилось возможным. В инвагинате пальпируется «волооченная» бугристая опухоль. В брыжейке тонкой кишки определяются множественные увеличенные плотные лимфоузлы, размерами от 1 до 2,5 см. Произведена резекция измененной тонкой кишки (отступая от опухоли в обе стороны на 0,5 м) с клиновидным иссечением ее брыжейки вместе с увеличенными лимфоузлами и прядью сальника. Сосуды брыжейки прошиты и перевязаны. Непрерывность кишечника восстановлена с помощью анастомоза конец в конец. «Окно» в брыжейке ушито. Осмотрены и пальпаторно обследованы печень, селезенка, желудок, весь тонкий и толстый кишечник. Метастазов не обнаружено. В корне брыжейки тонкой кишки и по ходу аорты лимфатические узлы не пальпируются. Брюшная полость осушена и дренирована. Лапаротомная рана послойно ушита.

**Макропрепарат:** резецированная тонкая кишка (приблизительно 1 метр), с плотным инвагинатом в центре, на разрезе – содержит опухоль на широкой ножке, напоминающую цветную капусту. В прилежащей брыжейке имеются множественные увеличенные лимфоузлы.

**Диагноз после операции:** опухоль тонкой кишки T<sub>3</sub>, N<sub>1</sub>, M<sub>0</sub> Шст, Шкл.гр. осложненная инвагинацией и острой кишечной непроходимостью.

**Гистологическое заключение:** № 8600 – 19 от 17.03.03г. Субмукозная пролиферирующая лейомиома тонкой кишки с изъязвлением, очагами некроза, ослизнения, гемосидероза и кровоизлияниями. Опухоль не прорастает стенку кишки, роста опухоли в краях резекции не обнаружено. В лимфоузлах брыжейки тонкой кишки в области опухоли - хронический лимфаденит. Хронический энтерит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан из стационара на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через год. Жалоб нет, функция кишечника не нарушена.

### Литература

1. Lee Y.T. Leiomyosarcoma of the gastrointestinal tract: general pattern of metastasis and recurrence// Cancer Treat. Rev. – 1983. Vol. 10, № 2. – P. 91 – 95.
2. Wilson D.B., Melvin D.B., Gray G.F. Primary malignancies of the small bowel: a report of 96 cases and review of literature// Ann.Surg.-1974.- Vol. 180, № 2. – P. 175 – 178.