

УДК 616.33-006.363: [616.33-005.1+616.33-007.271]-06

СЛУЧАЙ ЛЕЙОМИОМЫ ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ПИЛОРОСТЕНОЗОМ

¹Колоцей В. Н. (*vkolotsei@rambler.ru*), ^{1,2}Страпко В. П. (*hir2@mail.ru*)

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно», Гродно, Беларусь

Представлен клинический случай неэпителиальной опухоли желудка – лейомиомы пилорического отдела желудка, осложнившейся желудочным кровотечением и пилоростенозом. Примененные методы предоперационной диагностики позволили установить правильный диагноз. Хирургическое лечение было успешным, выполнена резекция желудка по Бильрот-1.

Ключевые слова: лейомиома желудка, желудочное кровотечение, пилоростеноз, резекция желудка по Б-1

Лейомиома желудка – достаточно редко встречающаяся опухоль ЖКТ, которая может достигать огромных размеров. Лейомиома относится к неэпителиальным опухолям желудка, которые подразделяются на гомо- и гетеропластические. К первым относятся новообразования из тканей, входящих в состав желудочной стенки, ко вторым – опухоли из тканей, не свойственных нормальной желудочной стенке, являющихся по происхождению дизэмбриональными. Непосредственная причина развития лейомиомы желудка – нарушение деления гладкомышечных волокон мышечной оболочки органа, в результате чего они начинают бесконтрольно размножаться, образуя один или несколько узлов. Приводить к нарушению митоза могут следующие факторы: экологические проблемы, воздействие радиации и избыточное ультрафиолетовое облучение, влияние бактериальных и вирусных агентов, травматизация стенок желудка, иммунодефицит, нарушения гормонального фона. Характерным признаком гистологического строения лейомиомы являются переплетающиеся пучки однородных, эозинофильных веретенообразных клеток, окруженных ретикулиновыми волокнами и содержащих удлиненные ядра с закругленными концами. Наиболее важным критерием, отличающим лейомиому от лейомиосаркомы, является отсутствие фигур митоза, особенно атипичных [1, 2].

Чаще всего заболевание поражает область пищевода-желудочного перехода, среднюю треть тела желудка, антральный и пилорический отделы желудка, реже встречается в двенадцатиперстной кишке. Лейомиома желудка у женщин встречается в три раза чаще, чем у мужчин. Изучение возрастных особенностей позволяет считать, что увеличение заболеваемости неэпителиальными опухолями желудка начинается у лиц старше 40 лет. Наиболее высокие показатели относятся к периоду жизни между 50-60 годами. Лейомиома имеет вид одиночных или множественных плотных узлов, диаметр которых не превышает 2 см, иногда достигают достаточно крупных размеров – 5 см и более, имеют четкие границы, гладкую поверхность, ровную округлую форму. Чаще опухоль произрастает внутрь стенок желудка, реже – в обратную сторону [1, 4].

Лейомиома желудка часто протекает бессимптомно и выявляется случайно при рентгенологическом или эндоскопическом исследовании [1, 4]. В зависимости от локализации лейомиомы в желудке клинические проявления различны. При ее локализации в выходном отделе желудка могут появиться симптомы, свидетельствующие о нарушении эвакуаторной функции

последнего (чувство переполнения и раннего насыщения, рвота пищей, съеденной накануне, и др.). При локализации в области кардии отмечается дисфагия.

Если течение лейомиомы осложняется ее изъязвлением, нередко наблюдаются симптомы, характерные для обострения язвенной болезни. При изъязвленных формах опухоли могут возникать желудочно-кишечные кровотечения, проявляющиеся меленой или рвотой содержимым типа «кофейной гущи». Чаще эти кровотечения бывают скрытыми и тогда на первый план в клинической картине могут выступать проявления хронической железодефицитной анемии [1, 3]. В процессе роста поверхности лейомиомы изъязвляется, в ее толще происходит распад тканей с формированием полостей, кист. Узлы больших размеров могут перекрывать просвет органа, мешать эвакуации пищи из желудка. Именно эти процессы приводят к появлению первых симптомов заболевания, однако редко позволяют заподозрить лейомиому желудка. Лейомиома – новообразование, склонное к малигнизации, с течением времени способное трансформироваться в лейомиосаркому, которая составляет около 10% всех желудочных сарком.

Доброкачественные опухоли желудка распознаются с помощью рентгенологического и эндоскопического методов исследований. Морфологическая характеристика доброкачественных опухолей по рентгенологическим данным весьма затруднительна или невозможна. Поэтому в практической работе обычно ограничиваются заключением «доброкачественная опухоль желудка». Основным рентгенологическим признаком доброкачественных опухолей желудка является дефект наполнения округлой или овальной формы с четкими, ровными контурами, иногда подвижный (при наличии ножки). При изъязвлении слизистой оболочки в центре такого дефекта наполнения выявляется ниша [2]. Однако в настоящее время наиболее полную картину поражения, включающую органную принадлежность опухолевых очагов, их количество, степень распространения процесса на прилежащие анатомические структуры и характер их васкуляризации, дает мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с болюсным контрастированием, являющаяся на сегодняшний день «золотым стандартом» исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Ниже приводим наше наблюдение

Пациентка 3., 56 лет, жительница Щучинского района Гродненской области, поступила в хирургическое отделение УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» 10.09.2015 г.

При поступлении предъявляла жалобы на боли в эпигастрии, рвоту типа кофейной гущи, кал черного цвета. Анамнез заболевания – 1 неделя. Профессия пациентки – врач, она самостоятельно в амбулаторных условиях проводила себе инфузионную, гемостатическую и противоязвенную терапию. Динамика от проводимой терапии была отрицательная, в связи с чем пациентка обратилась в хирургический стационар.

При объективном обследовании установлено следующее:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Правильного телосложения. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Пульс 96 в минуту, ритм правильный. АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации он мягкий, безболезненный во всех отделах, в эпигастральной области определяется подвижное, округлое образование. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических образований не выявлено, кал на перчатке черного цвета. Температура тела 36,8°C. Выполнена ФГДС: в антральном отделе по задней стенке сдавление извне с язвой в центре сдавления (взята биопсия) до 2,5 см, глубокая, с некротическими массами. Заключение: Язва желудка. Пенетрация? Ультразвуковое исследование брюшной полости: в желчном пузыре конкремент 11×7 мм. В области головки поджелудочной железы образование с утолщенными неровными контурами 67×58×55 мм. Содержимое образования гипозоногенное с гиперэхогенными перегородками. Заключение: образование области головки поджелудочной железы, конкремент желчного пузыря. Внести ясность с локализацией образования позволила компьютерная томография, было установлено, что оно исходит из стенки желудка (рис.1).

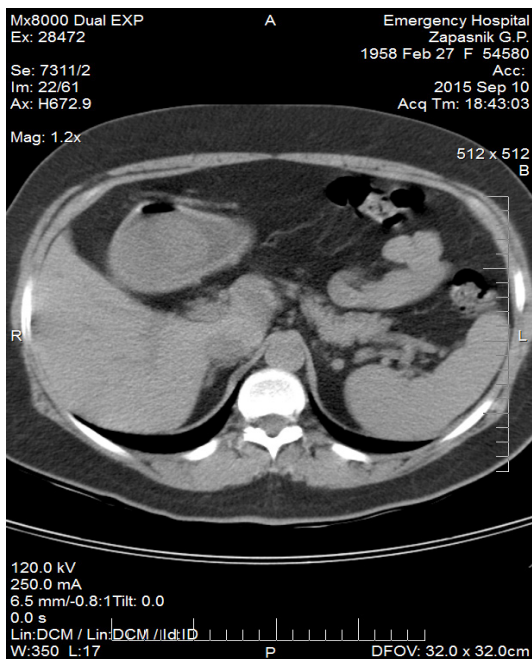


Рисунок 1. – Компьютерная томограмма органов брюшной полости. Объемное образование, исходящее из стенки желудка

В общем анализе крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 104 г/л, лейкоциты – $5,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. В биохими-

ческом анализе крови: общий белок 68 г/л, мочевина 6,4 ммоль/л, креатинин 82 мкмоль/л, билирубин общий 12,4 мкмоль/л, аспаратаминотрансфераза 12 Ед/л, аланинаминотрансфераза 12 Ед/л, амилаза 28 Ед/л.

11.09.15 г. выполнена рентгеноскопия желудка: обнаружены признаки объемного образования в антральном отделе желудка (?) или в головке поджелудочной железы (?) 12.09.15 г. произведена обзорная рентгенография брюшной полости: через сутки после приема бария в желудке сохраняется примерно 1/3 объема, визуализируется большой объем жидкости. Ночью 14.09.2016 г. был отмечен эпизод повторного желудочно-кишечного кровотечения, сопровождавшийся рвотой типа кофейной гущи, падением уровня гемоглобина до 86 г/л. Учитывая данные проведенного обследования, рецидив желудочно-кишечного кровотечения, были выставлены показания к оперативному лечению. 15.09.2015 г. пациентка была оперирована. После верхнесрединной лапаротомии произведена ревизия органов брюшной полости. В пилорическом отделе желудка определяется образование округлой формы, практически блокирующее выход из желудка. Произведена холецистэктомия по поводу холелитиаза. После мобилизации желудка по большой и малой кривизне произведена гастротомия для визуального осмотра данного новообразования (рис. 2). При осмотре: новообразование размером 8×8×7 см, исходящее из задней стенки пилорического отдела желудка с глубокой кратерообразной язвой в центре, являющейся источником желудочно-кишечного кровотечения (рис. 3). Данная опухоль расценена как лейомиома желудка. Произведена дистальная резекция 2/3 желудка по Бильрот-1. Брюшная полость дренирована, послойно ушита. Йод. Асептическая повязка. Макропрепарат: в области задней стенки пилорического отдела резецированного желудка в подслизистом слое имеется плотная опухоль, на разрезе беловато-желтого цвета, размером 70×70 мм (рис. 4). Патоморфологическое исследование препарата: лейомиома желудка. Умеренный хронический неатрофический умеренно активный гастрит. Послеоперационный период без особенностей, выписана домой на 11-е сутки после оперативного вмешательства.

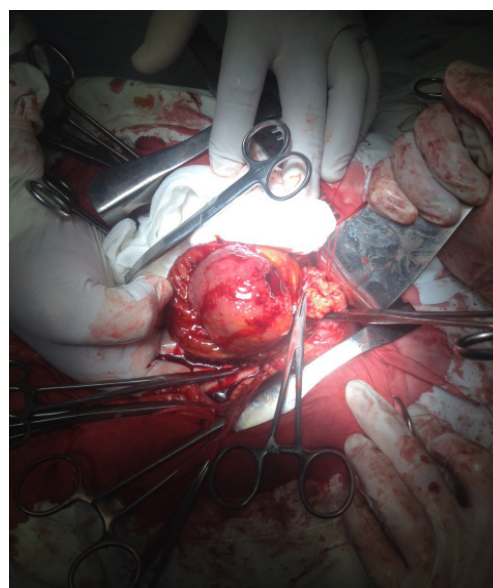


Рисунок 2. – Новообразование пилорического отдела желудка

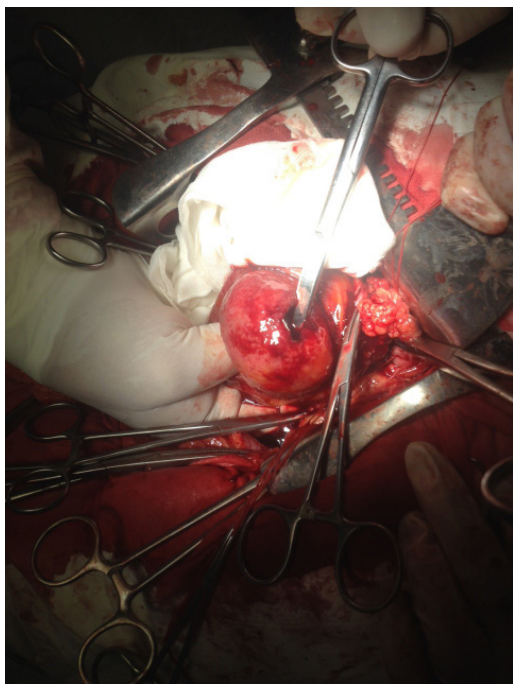


Рисунок 3. – Глубокая кровоточащая язва в центре новообразования

Приведенный клинический случай иллюстрирует те трудности, с которыми столкнулись хирурги в процессе диагностического поиска. Диагноз объемного образования брюшной полости был достаточно очевиден, однако возникли серьезные трудности в установлении органа, откуда исходило данное новообразование. Дифференциальная диагностика между новообразованием головки подже-

Литература

1. Клименков, А. А. Опухоли желудка / А. А. Клименков, Ю. И. Патютко, Г. И. Губина. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
2. Коваленко, В. Л. Хирургическое лечение лейомиомы желудка у пациента в возрасте 77 лет / В. Л. Коваленко // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2010. – № 3 (45). – С. 55-57.
3. Лейомиома желудка, симулирующая псевдокисту поджелудочной железы / И. Е. Верхулецкий [и др.] // Украинский журнал хирургии – 2012. – № 2 (17) – С. 92-93.
4. Опухоли желудка: клиника и диагностика / В. Х. Василенко [и др.]. - М.: Медицина, 1989. - 288 с.



Рисунок 4. – Ткань лейомиомы на разрезе

лудочной железы и лейомиомой желудка оказалась весьма непростой. Включение компьютерной томографии в алгоритм предоперационного исследования обеспечило полноценную диагностику опухолевого поражения, позволило запланировать адекватный объем хирургического вмешательства.

По данному случаю было представлено сообщение на заседании Гродненского областного общества хирургов 15.03.2016 г.

Вывод

Представленное наблюдение свидетельствует о том, что лейомиома желудка длительное время протекала бессимптомно до тех пор, пока не осложнилась желудочным кровотечением. Локализация новообразования в пилорическом отделе желудка явилась причиной пилоростеноза. Резекция желудка по Бильрот-1 позволила выполнить адекватную коррекцию имеющейся патологии.

Literatura

1. Klimenkov, A. A. Opuholi zheludka / A. A. Klimenkov, YU. I. Patyutko, G. I. Gubina. – M.: Medicina, 1988. – 256 s.
2. Kovalenko, V. L. Hirurgicheskoe lechenie leiomiomy zheludka u pacienta v vozraste 77 let / V. L. Kovalenko // Zdravoohranenie Dal'nego Vostoka. – 2010. – № 3 (45). – S. 55-57.
3. Leiomioma zheludka, simuliruyushaja psevdokistu podzheludochnoi zhelezy / I. E. Verhuleckii [i dr.] // Ukrainskii zhurnal hirurgii – 2012. – № 2 (17) – S. 92-93.
4. Opuholi zheludka: klinika i diagnostika / V. H. Vasilenko [i dr.]. - M.: Medicina, 1989. - 288 s.

CASE OF GASTRIC LEIOMYOMA COMPLICATED BY GASTRIC BLEEDING AND PYLORIC STENOSIS

¹Kolotsei V. N., ^{1,2}Strapko V. P.

¹Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Healthcare Institution «Grodno City Emergency Hospital», Grodno, Belarus

A clinical case of nonepithelial tumor of the stomach – gastric leiomyoma complicated by gastric bleeding and pyloric stenosis is presented. The applied methods of preoperative diagnostics allowed to establish the correct diagnosis. Surgical treatment was successful, distal gastrectomy with B1 anastomosis was performed.

Keywords: gastric leiomyoma, gastric bleeding, pyloric stenosis, distal gastrectomy with B1 anastomosis.

Поступила: 20.06.2016

Отрецензирована: 01.07.2016