

О.В. ВОРОБЬЁВ, В.И. ГАВРИЧЕНКО, А.К. БОРДУХАЕВ

ЛЕЙОМИОСАРКОМА БОЛЬШОГО САЛЬНИКА,
ОСЛОЖНЁННАЯ ВНУТРИБРЮШНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМУЗ «Брестская городская больница скорой помощи»,
Республика Беларусь

В краткой статье представлено описание редко встречающейся патологии – лейомиосаркомы большого сальника, которая стала источником внутрибрюшного кровотечения. Больной был оперирован – произведено удаление опухоли с большим сальником и частью желудочно-ободочной связки. При обследовании через 2 года данных за рецидив опухоли и наличие отдалённых метастазов у больного не выявлено.

Ключевые слова: большой сальник, лейомиосаркома, внутрибрюшное кровотечение

The description of a rare pathology – leiomyosarcoma of the greater omentum which has caused intra-abdominal hemorrhage is presented in the brief article. The patient was operated on; the tumor together with the greater omentum and the part of the gastro-colonic ligament was removed. In two years time data on the tumor recurrence and distant metastasis presence were not revealed during the examination.

Keywords: greater omentum, leiomyosarcoma, intra-abdominal hemorrhage

Лейомиосаркома относится к группе мезодермальных злокачественных опухолей, развивающихся из гладкой мышечной ткани. В отличие от лейомиом почти всегда множественных, лейомиосаркомы бывают одиночными. Чаще всего лейомиосаркома развивается в матке, желудке, тонкой кишке и дне мочевого пузыря. Эта опухоль является вторым наиболее распространённым видом саркомы мягких тканей [1]. Однако мы не нашли в литературе сведений о том, чтобы лейомиосаркома поражала большой сальник. В 1962 году Ю.А. Ратнер отмечал: «Что же касается первичных злокачественных опухолей сальника, то они представляют огромную редкость и по клинической картине едва ли могут быть распознаны до операции или секции» [2].

Приводим наше наблюдение.

Больной Х., 1953 года рождения, поступил в I хирургическое отделение Брестской городской больницы скорой помощи 9.12.2004 года с жалобами на боли в животе, тошноту, общую слабость. Заболел

6.12.2004 года, когда, после погрешности в диете, появились боли в животе. На следующий день боли в животе усилились, появилась общая слабость, тошнота, была однократная рвота. При объективном осмотре установлено: АД 130–80 мм рт.ст., пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы бледно-розовые, в лёгких везикулярное дыхание. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в мезогастррии и правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика удовлетворительная. В области правой половины мошонки имеется подкожная гематома.

При лабораторных исследованиях выявлено: общий анализ крови Эр – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $7,3 \times 10^9/л$, п – 4%, с – 67%, л – 22%, м – 7%, СОЭ – 27 мм/ч; общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция – кислая, удельный вес – м/м, белок – 0,124 г/л, сахар – 0, ацетон – (+), желчные пигменты – 0, α -амилаза – 186 г/ч*л, эпителий 0–1 в п.

зр., лейкоциты 2–3 в п. зр., эритроциты единичные в п. зр., слизь – (+++), оксалаты – (++)). Биохимический анализ крови: глюкоза – 8,0 ммоль/л, билирубин общий – 40,0 мкмоль/л, прямой – 7,5 мкмоль/л, мочевины – 6,8 ммоль/л, креатинин – 96,7 мкмоль/л, общий белок – 61,5 г/л, альбумин – 40,4 г/л, АсАТ – 28,7 ммоль/л, АлАТ – 27,7 ммоль/л, α -амилаза – 114,5 г/ч*л, К – 4,7 ммоль/л, Na – 142,8 ммоль/л, Cl – 110,6 ммоль/л. Коагулограмма: ПТИ – 85%, фибриноген – 4,1 г/л, АЧТВ – 25,7 сек.

ЭКГ: ускоренный синусовый ритм 83–87 в минуту, нормальное положение ЭОС. Гипертрофия левого желудочка. Изменения в переднебоковой и заднедиафрагмальной областях миокарда. На УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения в печени, признаки асцита. В левой мезогастральной области ближе к хвосту поджелудочной железы и нижнего полюса левой почки определяется не связанное с ними образование средней эхогенности с эконегативными внутренними структурами с нечёткими неровными контурами. Заподозрено образование брюшной полости, забрюшинная гематома. При ФГДС выявлены косвенные признаки патологии желчевыводящих путей. С диагностической целью выполнена лапароскопия: в брюшной полости обнаружена кровь, в связи с чем 9.12.2004 г. произведена средне-срединная лапаротомия под эндотрахеальным наркозом. В брюшной полости около 600 мл крови со сгустками. В области желудочно-ободочной связки и большого сальника опухолевидное образование 13 см в диаметре, мягкоэластичное, из которого продолжается кровотечение. Произведено удаление опухоли с большим сальником и частью желудочно-ободочной связки. При ревизии органов брюшной полости, парааортальных лимфоузлов, париетальной брюшины патологии не выявлено. Макропрепарат: опухоль 13 см в диаметре, исхо-

дящая из большого сальника с изъязвлением.

Послеоперационный период без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан на 15 сутки после операции под наблюдение онколога ООД.

Гистологическое исследование препарата произведено в областном патологоанатомическом бюро. Заключение: фрагменты круглоклеточной с участками миксоидной липосаркомы (смешанный слабодифференцированный тип) Grade II. В большом сальнике жировая ткань с кровоизлияниями, Mts нет.

Микропрепараты консультированы в ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии». Заключение: лейомиосаркома большого сальника.

В связи с сомнениями в радикальности проведённого лечения больной направлен в ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии», где он был оперирован. Во время повторного вмешательства обнаружены и удалены подозрительные материалы – забрюшинные лимфоузлы. При гистологическом исследовании лимфоузлов выявлена гиперплазия лимфоидной ткани.

Выписан с улучшением 24.01.2005 г. Клиническая группа при выписке: 3-я клиническая группа. Лечение, назначенное после выписки из стационара: наблюдение онколога по месту жительства. Дата заполнения выписки: 16.11.2006 г.

Осмотр пациента произведен через два года. Жалоб нет, работает, качество жизни хорошее. При проведении контрольных лабораторных и инструментальных исследований патологии не выявлено. Данных за рецидив опухоли и наличие отдалённых метастазов нет.

Интерес данного клинического наблюдения заключается в чрезвычайной редко-

сти и нетипичности локализации опухоли и её осложнением – внутрибрюшным кровотечением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петерсон, Б. Е. Онкология / Б. Е. Петерсон. – М.: Медицина, 1980. – 447 с.
2. Ратнер, Ю. А. Опухоли кишечника / Ю. А. Ратнер. – Казань: Татарское издательство. – 1962. – 208 с.

Адрес для корреспонденции

224016, Республика Беларусь,
г. Брест, ул. Кирова, 105-33,
Брестская городская больница
скорой медицинской помощи,
тел. моб: +375 297-21-98-08,
e-mail: VorobjevKO@yandex.ru
Воробьев О.В.

Поступила 24.12.2008 г.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

22–24 апреля 2009 года в г. Москве, в Российском научном центре хирургии имени академика Б.В. Петровского РАМН состоится
13-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии

Тематика конгресса:

1. Оперативная эндоскопия в педиатрии;
2. Бронхоскопическая и торакоскопическая хирургия;
3. Эндоскопическое удаление инородных тел из желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей;
4. Возможности лапароскопической хирургии при заболеваниях органов пищеварения, неудачи и осложнения;
5. Диагностическая и оперативная эндоскопия при опухолях желудочно-кишечного тракта.

В работе конгресса примут участие ведущие специалисты по эндохирургии России, стран СНГ, а также зарубежные специалисты.

Связь с оргкомитетом: 119991, г. Москва, Абрикосовский пер., д. 2, Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, профессор Ю.И. Галлингер.