

УДАЛЕНИЕ ЛИПОМЫ ЖЕЛУДКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Акжигитов А. Г., Шляховский И. А., Васнев О. С., Чикунова Б. З., Чернышова Т. С.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва

Липомы образуются во всех отделах желудочно-кишечного тракта: в толстой, подвздошной и тонкой кишке, реже всего в желудке и пищеводе [1, 7]. Встречаемость липомы желудка очень редкая [1, 6–8]. В. М. Буянов и А. Е. Хомяков (1966) на протяжении 20 лет на 1785 операций на желудке и 20839 аутопсий наблюдали 3 случая липом, а Т. А. Суворова и соавт. с 1932 по 1970 г. нашли в литературе всего 55 случаев опухоли (по данным В. М. Пономарева, Е. П. Куликова, 1996 [1]). Наибольший собственный материал — 16 больных — представил W. M. Thompson и соавт. (2003) [9]. Липомы желудка встречаются чаще у женщин в возрасте 40–60 лет с нарушенным жировым обменом. В подавляющем большинстве случаев липомы желудка образуются из подслизистого слоя и, отделяя слизистую оболочку, выступают в его просвет. Значительно реже встречаются липомы, образующиеся из-под субсерозного слоя [1, 7].

Липомы желудка ничем себя не проявляют вплоть до развития осложнений [1, 4, 7, 8, 12]. При изъязвлении опухоли появляются боли, усиливающиеся после приема пищи [7]. Чаще всего липомы проявляют себя желудочным кровотече-

нием [1, 2, 5–7]. Проявления липом также зависят от локализации и размеров [1, 4, 6, 10]. Описано два случая гастродуоденальной инвагинации, вызвавшие непроходимость, потребовавшую экстренного хирургического вмешательства [6, 10]. С. Dragomirescu и соавт. (1990) [4] описали случай липомы, расположенной по малой кривизне в средней трети тела желудка размерами 12 x 10 x 6 см и вызвавшей непроходимость. Наибольший размер липомы желудка, встреченный нами в литературе, — 28 x 16 x 9 см и массы 1100 г [Камтер Г. С., 1961] (по данным А. А. Пономарева, Е. П. Куликова (1996) [1]).

Рентгенологический и эндоскопический методы исследования позволяют предположить доброкачественный характер опухоли [1, 3, 6, 7]. Биопсия, как правило, неинформативна ввиду расположения липомы глубоко в мышечном и подслизистом слоях. В настоящее время широкое распространение получила эндосонография и компьютерная томография [5, 7, 8, 10]. По данным W. M. Thompson и соавт. (2003) [9], в 8 случаях из 9 при компьютерной томографии удалось поставить правильный предоперационный диагноз липомы. При

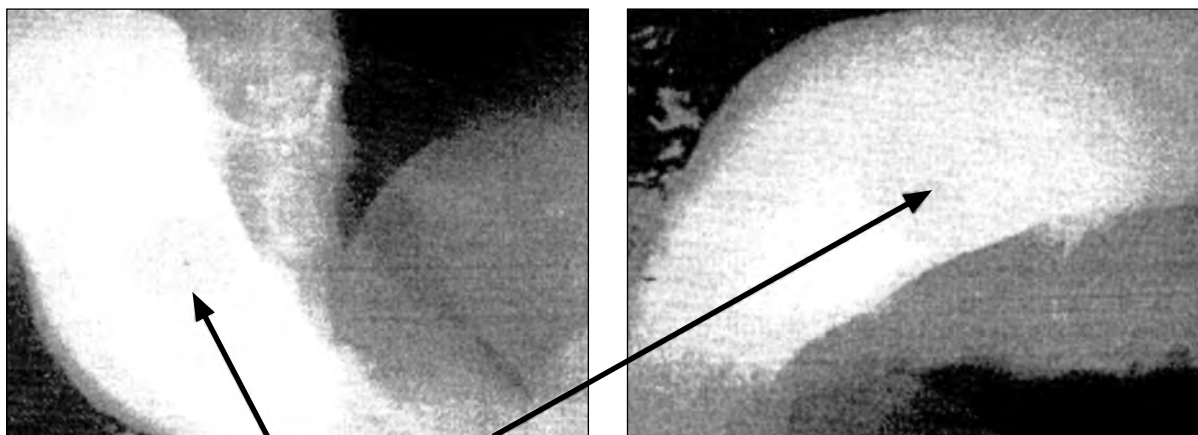


Рис. 1. Доброкачественная опухоль средней трети тела желудка, видимая при рентгенконтрастном исследовании желудка, с изъязвлением в центре (снимок в боковой проекции)

дифференциальной диагностике подслизистых опухолей липомы часто не принимаются в расчет из-за их редкой встречаемости.

В литературе нет убедительных данных о злокачественном перерождении липом. Т. Yamamoto и соавт. (2004) [11] представили случай раннего рака желудка, поражающего слизистую над липомой, которая исходила из подслизистого слоя. Этому больному была выполнена гастрэктомия. N. Al-Brahim и соавт. (2003) [2] описали сочетание лейомиомы и липомы, локализирующихся в пилорическом отделе желудка.

В связи с широким внедрением в клиническую практику оперативной лапароскопии в настоящее время доброкачественные образования, локализующиеся на подвижных участках передней стенки желудка, стало возможным удалять, не прибегая к широкой лапаротомии [3].

Представляем случай хирургического лечения липомы желудка лапароскопическим доступом.

Больная К., 66 лет, и/б 6024–07, с 1997 года наблюдалась амбулаторно с диагнозом подслизистой опухоли передней стенки тела желудка, предположительно лейомиомы, размеры которой составляли 3 см в диаметре. Дважды отказывалась от оперативного лечения по месту жительства. До декабря 2006 года клинических проявлений опухоли у больной не было, пока она не отметила у себя «черный стул» в течение трех дней, сопровождавшийся слабостью. В лечебное учреждение не обращалась.

С февраля 2007 года начали беспокоить боли в верхнем отделе живота, возникающие после еды. При эзофагогастродуоденоскопии отмечен рост опухоли. Госпитализирована в ЦНИИГ.

При эзофагогастродуоденоскопии 26.06.07 обнаружена подслизистая опухоль на передней стенке тела желудка размерами до 4,5 см.

На вершине образования обнаружено поверхностное изъязвление диаметром 0,4–0,5 см, прикрытое фибринозным налетом.

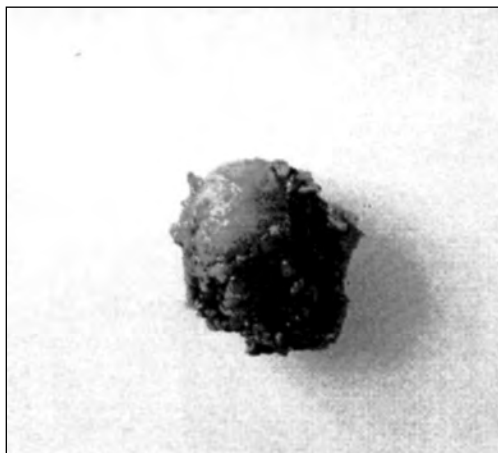


Рис. 2. Липома желудка. Макропрепарат

При контрастном исследовании желудка 28.06.07 контуры желудка четкие, рельеф слизистой не изменен, эластичность стенок и перистальтика сохранены. В средней трети тела определяется округлый дефект наполнения размерами 4 x 4 см, депо бария в центре дефекта (рис. 1). Образование расценено как изъязвившаяся доброкачественная опухоль.

Сопоставление клинической картины, эндоскопических и рентгенологических признаков позволило предположить доброкачественную природу опухоли, вероятно, лейомиому.

Показаниями к операции явились рост опухоли, изъязвление слизистой оболочки желудка, кровотечение в анамнезе.

24.07.07 больной выполнено лапароскопическое ассистированное иссечение новообразования желудка. Над пупком в брюшную полость введен лапароскоп. Методом трансиллюминации при помощи эндоскопа, введенного в желудок, установлена локализация опухоли — передняя стенка средней трети тела желудка. Выполнена

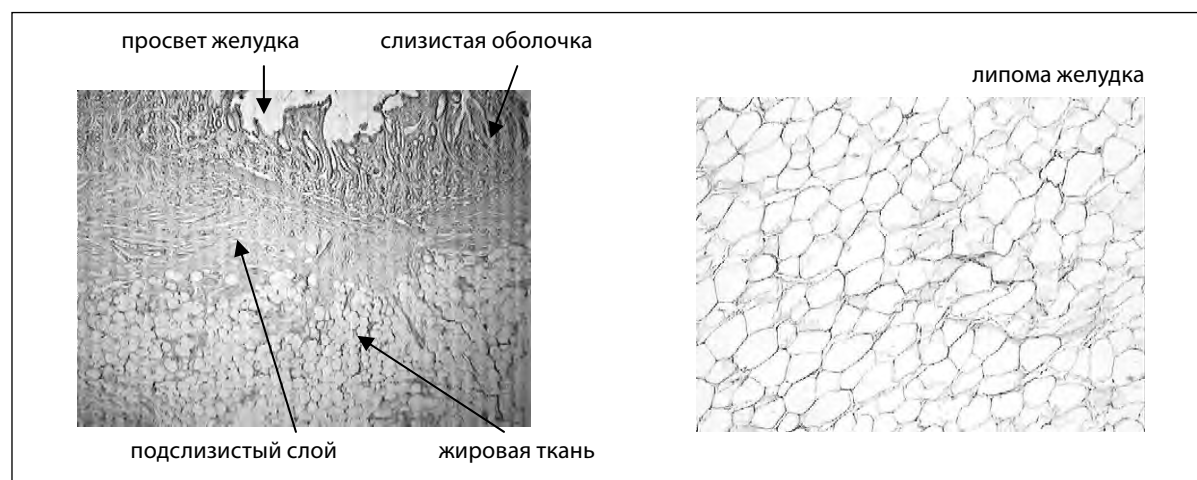


Рис. 3. Гистологический срез операционного препарата

мобилизация большой кривизны длиной 4 см в зоне опухоли. Затем в проекции новообразования произведена мини-лапаротомия длиной до 2,5 см. Через выполненный разрез зажимом Babcock часть передней стенки желудка, несущая опухоль, подтянута из брюшной полости и выведена из раны. Выполнена гастротомия, образование достаточно легко выделено из стенки желудка. Опухоль удалена с окружающей ее слизистой без иссечения серозной оболочки. Гастротомическое отверстие ушито двухрядным швом. Участок желудка погружен в брюшную полость. Операционные раны ушиты послойно.

Заживление ран первичным натяжением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пономарев, А. А. Редкие опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки/А. А. Пономарев, Е. П. Куликов. — Рязань, 1996. — 327 с.
2. Al-Brahim, N. Synchronous epithelioid stromal tumour and lipoma in the stomach/N. Al-Brahim, J. Radhi, J. Gately//Can. J. Gastroenterol. — 2003. — Vol. 17, № 6. — P. 374–375.
3. Buyske, J. Minimally invasive management of low-grade and benign gastric tumors/J. Buyske, M. McDonald, C. Fernandez et al.//Surg. Endosc. — 1997. — Vol. 11, № 11. — P. 1084–1087.
4. Dragomirescu, C. A voluminous gastric lipoma simulating mediogastric stenosis/C. Dragomirescu, L. Frate, S. Roman//Rev. Chir. Oncol. Radiol. O. R. L. Oftalmol. Stomatol. Chir. — 1990. — Vol. 39, № 1. — P. 57–62.
5. Kohashi, T. A gastric fibrolipoma presenting as acute gastrointestinal hemorrhage Hiroshima/T. Kohashi, T. Itamoto, S. Fukuda et al.//J. Med. Sci. — 2006. — Vol. 55, № 4. — P. 121–123.
6. Mongardini, M. Gastric lipoma presenting as intestinal obstruction/M. Mongardini, R. P. Iachetta, A. Cola et al.//Chir. — 2006. — Vol. 27, № 3. — P. 90–92.
7. Roncolini, G. Unusual cause of upper digestive hemorrhage: gastric lipoma/G. Roncolini, M. Capaldi, P. Calabrese et al.//Report of a Case Chir. Ital. — 1999. — Vol. 51, № 6. — P. 483–487.
8. Skaane, P. Ultrasound and CT evaluation of pedunculated gastrointestinal lipomas/P. Skaane, G. Sandbaek//Radiologe. — 1990. — Vol. 30, № 1. — P. 12–14.
9. Thompson, W. M. Imaging characteristics of gastric lipomas in 16 adult and pediatric patients/W. M. Thompson, A. I. Kende, A. D. Levy//AJR Am. J. Roentgenol. — 2003. — Vol. 181, № 4. — P. 981–985.
10. Vines, F. Y. Gastrointestinal intussusception secondary to a gastric lipoma/F. Y. Vines, J. Ciacci, D. C. Sperling et al.//Can. J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 19, № 2. — P. 107–108.
11. Yamamoto, T. A rare case of gastric lipoma with early gastric cancer/T. Yamamoto, K. Imakiire, S. Hashiguchi et al.//Intern Med. — 2004. — Vol. 43, № 11. — P. 1039–1041.
12. Zak, Y. Submucosal resection of giant gastric lipoma/Y. Zak, B. Biagini, H. Moore et al.//J. Surg. Oncol. — 2006. — Vol. 94, № 1. — P. 63–67.

Морфологическое заключение (12757–62) следующее. Макро: образование 3,4 см в диаметре, покрыто слизистой оболочкой желудка, на разрезе гомогенная ткань бледно-желтого цвета. Микро: липома тела желудка (рис. 2).

Таким образом, большая наблюдалась в течение десяти лет с предположительным диагнозом лейомиомы желудка. Рост опухоли, изъязвление слизистой оболочки желудка, кровотечение в анамнезе явились показаниями для оперативного лечения. Диагноз липомы желудка был поставлен лишь при морфологическом исследовании. Считаю важным эндоскопический мониторинг больных с доброкачественными опухолями желудка.