

Я.С. Захарова¹, П.М. Косенко², Д.А. Цекатунов¹, С.В. Захаров¹

СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ ЛИПОМЫ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ, УДАЛЕННОЙ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ, У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

¹Городская клиническая больница № 10, 680033, ул. Тихоокеанская 213, тел. 8-(4212)-78-41-21;

²Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье представлен случай диагностики и лечения гигантской липомы баугиниевой заслонки у пациентки молодого возраста, удаленной при колоноскопии. Заболевание манифестировало в возрасте 24 лет, хотя по данным литературы средний возраст пациентов с этой патологией составляет 40–60 лет. Больная предъявляла жалобы на умеренные боли в правой подвздошной области и жидкий стул с примесью крови в течение 2 месяцев. Опухолевидное образование, исходящее из баугиниевой заслонки, размерами 8,5 на 5,0 на 5,0 см на ножке диаметром до 1,5 см, было выявлено при колоноскопии. Выполнено эндоскопическое удаление образования. При гистологическом исследовании диагностирована липома с изъязвлением слизистой оболочки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ключевые слова: ободочная кишка, липома, колоноскопия, молодой возраст.

Ja.S. Zaharova¹, P.M. Kosenko², D.A. Cekatunov¹, S.V. Zaharov¹

THE CASE OF GIANT LIPOMA OF ILEOCECAL VALVE IN YOUNG PATIENT REMOVED DURING COLONOSCOPY

¹Municipal clinical hospital № 10;

²Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

We present a clinical case of diagnosis and treatment of a giant lipoma of ileocecal valve in a young woman, removed during colonoscopy.

The disease was manifested at the age of 24 years, although according to the literature the average age of patients with this disease is 40–60 years. The patient complained of the mild pain in the right low part of the abdominal wall and diarrhea mixed with blood for 2 months. During a colonoscopy the giant pedunculated tumor 8,5×5,0×5,0 cm was found. We performed endoscopic removal of the tumor. Histological examination revealed a lipoma with ulceration of the mucosa. The postoperative period was uncomplicated.

Key words: colon, lipoma, colonoscopy, young age.

Впервые липому ободочной кишки описал в 1757 году Baureg [5]. Среди всех подслизистых образований толстой кишки липомы встречаются в среднем в 0,035–4,4 % случаев. Чаще встречается у женщин с пиком заболеваемости в возрасте от 50 до 60 лет [3, 4, 5, 9]. Наблюдений гигантских липом толстой кишки в молодом возрасте нами в отечественной и зарубежной литературе найдено не было. Чаще всего липомы располагаются в правой половине толстой кишки [1, 2, 3]. По данным S. Paskauskas и соавт., (2010) в 19 % случаев липомы локализовались в слепой кишке, у 38 % пациентов в восходящей ободочной кишке, у 22 % пациентов в поперечно-ободочной кишке, в 13 % случаев в нисходящей ободочной кишке, и в 8 % случаев в сигмовидной кишке [8]. В 90 % наблюдений локализуются в подслизистом слое, в 10 % отмечается их субсерозное расположение [3, 4, 6, 8]. Описанные в литературе размеры липом варьируют от 2 мм до 30 см. Множественные липомы регистрируются в 10–20 % случаев [7, 8]. Липомы обычно расположены на широком основании, покрыты неизменной слизистой оболочкой, хотя в некоторых случаях встречаются

поверхностные эрозии и изъязвления, возникающие, вследствие ишемии слизистой оболочки и травматизации образования каловыми массами [2, 3, 5, 6, 7].

Клиническая симптоматика, как правило, длительное время отсутствует, что приводит к поздней диагностике заболевания, когда липомы достигают больших размеров [1, 2, 4, 7, 10]. Клинические симптомы появляются при кровотечении из изъязвленной слизистой оболочки или в случае развития острой кишечной непроходимости на почве инвагинации или обтурации просвета кишки [3, 4, 5, 7].

В большинстве случаев больным выполняется лапароскопическая или лапаротомная резекция участка толстой кишки, либо гемиколэктомия в зависимости от локализации липомы [3, 5, 6], однако в последние годы стало возможным удаление липом при колоноскопии.

Пациентка Ш., 24 лет, поступила в хирургическое отделение городской клинической больницы № 10 г. Хабаровска 23.01.2017 года.

При поступлении больная предъявляла жалобы на умеренные боли в правой подвздошной области, эпи-

зоды жидкого стула с примесью крови. Из анамнеза установлено, что указанные симптомы появились около 2 месяцев назад. Больная обратилась в поликлинику по месту жительства, где ей была выполнена колоноскопия и обнаружено опухолевидное образование, исходящее из баугиниевой заслонки размерами 8,5 на 5,0 на 5,0 см с изъязвлением, взята биопсия.

Учитывая большие размеры образования, больная была направлена для планового оперативного лечения в хирургическое отделение. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Отеков нет, периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 80 в минуту, А/Д – 130/80 мм рт. ст.

Живот не вздут, равномерно участвует в дыхании. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Опухолевидные образования не пальпируются. Печень не увеличена. Показатели общего анализа крови и мочи в пределах нормы.

По данным УЗИ печень не увеличена, ее эхогенность средняя. Внутривенные желчные ходы не расширены. Желчный пузырь размерами 8 на 4 на 4 см, толщина стенки 0,3 см, полость свободная. Поджелудочная железа без изменений. Свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке не обнаружено.

В стационаре 25.01.2017 пациентке была выполнена контрольная колоноскопия, на которой выявлено подслизистое опухолевидное образование, исходящее из баугиниевой заслонки, размерами 8,5 на 5,0 на 5,0 см, на ножке, диаметром до 1,5 см. Образование выступало в просвет восходящего отдела ободочной кишки, практически перекрывая его (рис. 1).

Слизистая оболочка над образованием была ярко-розового цвета, имелось 2 участка изъязвления размерами до 2,5 см, покрытые фибрином. Больной был установлен диагноз липомы толстой кишки. Учитывая наличие сформированной ножки, было принято решение об эндоскопическом удалении липомы.

На основание ножки липомы наброшена диатермическая петля диаметром 55 мм. Технические трудности состояли в сложности подведения петли к ножке липомы вследствие ее крупных размеров. Произведено отсечение липомы путем пересечения ножки петлей в смешанном режиме. Интраоперационных осложнений не было. Образование было захвачено петлей и удалено вместе с колоноскопом. При этом отмечены

сложности при извлечении удаленной опухоли, особенно при прохождении анального канала. На рисунке 2 представлено удаленное образование.

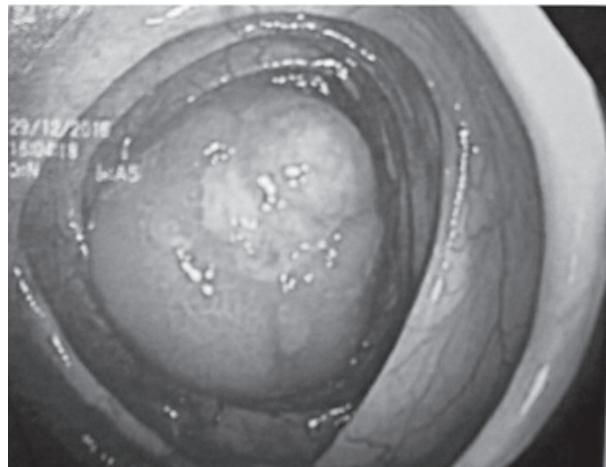


Рис. 1. Образование, исходящее из баугиниевой заслонки

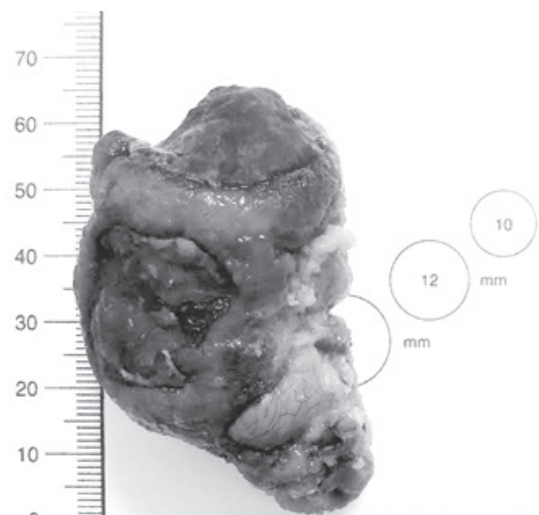


Рис. 2. Макропрепарат удаленного образования

При гистологическом исследовании удаленного образования диагностирована липома с изъязвлением слизистой оболочки.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная выписана на 6 сутки после удаления липомы в удовлетворительном состоянии.

Литература

1. Мизаушев Б.А., Боттаев Х.Б., Баждугов К. А. Опыт эндоскопического лечения подслизистых образований толстой кишки // Вестник РУДН. Серия «Медицина». – 2010. – № 3. – С. 37-40.
2. Шаврак И.А. Случай диагностики липомы толстой кишки // Russian electronic journal of radiology. – 2014. – Т. 4, № 1. – С. 75-78.
3. Crocetti D., Sapienza P., Sterpetti A.V., Paliotta A., DE Gori A., Pedullà G., de Toma G. // Surgery for symptomatic colon lipoma: a systematic review of the literature Anticancer Res. – 2014. – Nov. – № 34 (11). – P. 6271-6276.
4. De Beer R.A., Shinya H. Colonic lipomas: an endoscopic analysis // Gastrointestinal Endoscopy. – 1975. – № 22 (2). – P. 90-91.
5. Grasso E., Guastella T. Giant submucosal lipoma cause colo-colonic intussusception. A case report and review of literature. // Annali Italiani di Chirurgia. – 2012. – Vol. 83, № 6. – P. 559-562.
6. Lee J.M., Kim J.H., Kim M., Kim J.H., Lee Y.B., Lee J.H., Lim C.W. Endoscopic submucosal dissection of a large colonic lipoma: Report of two cases // World J Gastroenterol. – 2015. – № 21 (10). – P. 127-31.

7. Matsushita M., Danbara N., Kawamata S., et al. Endoscopic removal of large colonic lipomas: difficult submucosal dissection or easy snare unroofing? // *Endoscopy*. – 2009. – Vol. 41, № 5. – P. 47-48.

8. Paškauskas S., Latkauskas T., Valeikaite G., et al. Colonic intussusception caused by colonic lipoma: a case report // *Medicina*. – 2010. – № 46 (7). – P. 477-481.

9. Taylor B.A., Wolff B.G. Colonic lipomas – Report of two unusual cases and review of the mayo clinic experience, 1976-1985 // *Diseases of the Colon & Rectum*. – 1987. – № 30 (11). – P. 888-893.

10. Yaman İ., Derici H., Demirpolat G. Giant colon lipoma // *Ulus Cerrahi Derg.* – 2013. – № 28, 31(2). – P. 102-104.

Literature

1. Mizaushv B.A., Bottayev Kh.B., Bazhdugov K.A. The experience of endoscopic treatment of large intestine's submucosal neoplasms // *Bulletin of the People's Friendship University of Russia. Series «Medicine»*. – 2010. – № 3. – P. 37-40.

2. Shavrak I.A. Diagnostic imaging of colonic lipoma. A case report // *Russian Electronic Journal of Radiology*. – 2014. – Vol. 4, № 1. – P. 75-78.

3. Crocetti D., Sapienza P., Sterpetti A.V., Paliotta A., DE Gori A., Pedullà G., de Toma G. // Surgery for symptomatic colon lipoma: a systematic review of the literature *Anticancer Res.* – 2014. – Nov. – № 34 (11). – P. 6271-6276.

4. De Beer R.A., Shinya H. Colonic lipomas: an endoscopic analysis // *Gastrointestinal Endoscopy*. – 1975. – № 22 (2). – P. 90-91.

5. Grasso E., Guastella T. Giant submucosal lipoma cause colo-colonic intussusception. A case report and review of literature. // *Annali Italiani di Chirurgia*. – 2012. – Vol. 83, № 6. – P. 559-562.

6. Lee J.M., Kim J.H., Kim M., Kim J.H., Lee Y.B., Lee J.H., Lim C.W. Endoscopic submucosal dissection of a large colonic lipoma: Report of two cases // *World J Gastroenterol.* – 2015. – № 21(10). – P. 127-31.

7. Matsushita M., Danbara N., Kawamata S., et al. Endoscopic removal of large colonic lipomas: difficult submucosal dissection or easy snare unroofing? // *Endoscopy*. – 2009. – Vol. 41, № 5. – P. 47-48.

8. Paškauskas S., Latkauskas T., Valeikaite G., et al. Colonic intussusception caused by colonic lipoma: a case report // *Medicina*. – 2010. – № 46 (7). – P. 477-481.

9. Taylor B.A., Wolff B.G. Colonic lipomas – Report of two unusual cases and review of the mayo clinic experience, 1976-1985 // *Diseases of the Colon & Rectum*. – 1987. – № 30 (11). – P. 888-893.

10. Yaman İ., Derici H., Demirpolat G. Giant colon lipoma // *Ulus Cerrahi Derg.* – 2013. – № 28, 31(2). – P. 102-104.

Координаты для связи с авторами: Захарова Яна Сергеевна – зав. эндоскопическим отделением КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10», тел. +7-914-185-63-25, e-mail: zsv777@gmail.com; Косенко Павел Михайлович – канд. мед. наук, доцент кафедры общей и факультетской хирургии ДВГМУ; Цекатунов Дмитрий Анатольевич – врач патологоанатом КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10»; Захаров Сергей Викторович – зав. хирургическим отделением КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10».

