

ГИГАНТСКАЯ ЛИПОМА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРАВОГО БЕДРА

Иванов И.С.¹, Голиков А.В.¹, Цуканов А.В.¹, Обьедков Е.Г.¹, Терехов А.Г.¹,
Пономарева И.В.¹, Пономарева М.А.¹, Квачахия Л.Л.¹, Ушанов А.А.¹, Толкачев К.С.¹

¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», Курск, e-mail: kurskmed@mail.ru

Одной из наиболее частых причин обращений к общему хирургу является наличие одиночных и множественных подкожных образований, часто приводящих к возникновению косметических проблем и снижению качества жизни, – липоматозных образований. Данные образования могут располагаться по всему телу, в том числе на различных участках верхних и нижних конечностей. Значительные размеры подобных образований способны существенно ухудшать качество жизни пациентов и функциональные характеристики конечностей, приводить к развитию депрессивных состояний. Большая часть этих образований являются доброкачественными, однако ряд авторов указывают на риск возможной малигнизации, преимущественно в пожилом возрасте. При всей «безобидности» липом необходимо тщательно проводить дифференциальный диагноз для целенаправленного выявления атипичных липоматозных опухолей или высокодифференцированных липосарком. Главное отличие липосарком от доброкачественных липом заключается в том, что требуется более углубленное исследование организма пациента на предмет метастатического поражения. Липосаркомы считаются достаточно редким подтипом саркомы с заболеваемостью около 1 случая на 2,5 млн населения. Данные опухоли обычно представлены в виде безболезненных мягкотканых образований с тенденцией возникать на конечностях. Поэтому диагностика и оперативное лечение липоматозных образований являются актуальным вопросом хирургии.

Ключевые слова: липома, липоматозные образования, жировая ткань, доброкачественная опухоль, хирургия.

GIANT LIPOMA OF THE ANTERIOR SURFACE OF THE RIGHT THIGH

Ivanov I.S.¹, Golikov A.V.¹, Tsukanov A.V.¹, Obedkov E.G.¹, Terekhov A.G.¹,
Ponomareva I.V.¹, Ponomareva M.A.¹, Kvachakhia L.L.¹, Ushanov A.A.¹, Tolkachev K.S.¹

¹FGBOU VO "Kursk State Medical University", Kursk, e-mail: kurskmed@mail.ru

One of the most frequent reasons for contacting a general surgeon is the presence of single and multiple subcutaneous formations, often leading to cosmetic problems and a decrease in the quality of life – lipomatous formations. These formations can be located throughout the body, including in various areas of the upper and lower extremities. The significant size of such formations can significantly worsen the quality of life of patients and the functional characteristics of the limbs, lead to the development of depressive states. Most of these formations are benign, however, a number of authors indicate the risk of possible malignancy, mainly in old age. With all the «innocuousness» of lipomas, it is necessary to carefully carry out a differential diagnosis for the targeted detection of atypical lipomatous tumors or highly differentiated liposarcomas. The main difference between liposarcomas and benign lipomas is that a more in-depth study of the patient's body for metastatic lesions is required. Liposarcomas are considered a fairly rare subtype of sarcoma with an incidence of about one case per 2.5 million population. These tumors are usually presented in the form of painless soft-tissue formations with a tendency to occur on the extremities. Therefore, the diagnosis and surgical treatment of lipomatous formations is an urgent issue of surgery.

Keywords: lipoma, lipomatous formations, adipose tissue, benign tumor, surgery.

Липоматозные образования являются одними из наиболее распространенных опухолей мягких тканей, достигая в процентном отношении 30–40%, а также одной из наиболее частых причин обращения к хирургу первичного звена [1]. В 99% случаев опухоли мягких тканей являются доброкачественными, но, тем не менее, дифференцировка их от злокачественных новообразований является важной частью предоперационной диагностики. В настоящее время отсутствует единое мнение о патогенезе этого заболевания. Часть исследователей характеризуют липомы как излишнее разрастание жировой ткани, в то время как другие относят ее к истинным новообразованиям. Когда речь идет об опухолях мягких тканей,

которые развиваются в областях без жировой ткани, некоторые авторы высказывают предположение, что эти опухоли могут возникать в результате метапластического преобразования клеток соединительной ткани [2, 3].

Липомы клинически проявляются как безболезненные, мягкие, эластичные, подвижные, медленно растущие образования, расположенные, как правило, подкожно, хотя также они могут быть субфасциальными или внутримышечными. Риск малигнизации этих образований повышается вместе с возрастом, чаще ассоциирован с мужским полом, большим размером образования и расположением на нижних конечностях. Боль, быстрый рост, изменение их консистенции в сторону плотноэластической, спаянность с окружающими тканями и изменения кожи над образованием являются частыми клиническими характеристиками, указывающими на малигнизацию, однако они не являются облигатными признаками и их отсутствие не исключает злокачественное перерождение [4].

Правильно поставленный предоперационный диагноз имеет большое значение при субфасциальных (глубоких) опухолях мягких тканей. Для ориентировочного определения топографии опухолевидных образований мягких тканей применяют ультразвуковую диагностику, которая позволяет определить размеры, границы, структуру, форму образования; однако этот метод не является наиболее информативным, так как даже при наличии массивной капсулы образование может дифференцироваться от окружающих тканей с трудом. Компьютерная томография является более точным методом, позволяющим четко локализовать липому. Магнитно-резонансная томография (МРТ) часто используется для дальнейшей характеристики липоматозных образований и имеет чувствительность 83–100% и специфичность 68–83%, применяется для дифференциации злокачественной липоматозной опухоли от доброкачественной липомы. Рентгенологические признаки, связанные со злокачественными новообразованиями, включают: внутримышечное расположение, перегородки, нежировые узелки, неоднородность и нечеткость краев образования. Толстоигольная биопсия является предпочтительным методом гистологической оценки дооперационной диагностики с чувствительностью 79–85% и 82–96% для определения доброкачественных и злокачественных образований мягких тканей [5, 6, 7].

Липомы состоят из зрелых адипоцитов с ядрами одинакового размера, а липосаркомы содержат увеличенные адипоциты, атипичные гиперхромные клетки с угловатыми ядрами и липобластами. Цитогенетический анализ используется как дополнение к гистопатологической оценке опухолей мягких тканей. Большинство липоматозных опухолей имеют цитогенетические aberrации, некоторые из которых можно считать диагностически важными. Различные хромосомные aberrации были обнаружены в липомах, наиболее частыми среди которых являются перегруппировки с участием участка хромосомы 12q13-15 [8].

Предоперационный диагноз основывается на комбинировании данных рентгенологического исследования и биопсии. При рентгенологическом обнаружении в мягких тканях опухоли с жировыми клетками дифференциальный диагноз проводится с доброкачественной липомой и ее злокачественными вариантами [9].

Подтипы липосарком отличаются от доброкачественных липом тем, что они требуют более широкого исследования организма на предмет метастатического поражения. Слово «саркома» происходит от греч. *sarx* (*sarkos*) – «мясо». Липосаркомы являются редким подтипом саркомы с заболеваемостью примерно 1 случай на 2,5 млн населения. Эти опухоли обычно представлены в виде безболезненных мягкотканых образований с тенденцией возникать на конечностях и в забрюшинном пространстве [10, 11].

В настоящее время наиболее актуальной является гистологическая классификация опухолей мягких тканей Всемирной организации здравоохранения от 2020 года, в которой адипоцитарные опухоли разделены на доброкачественные, локально-агрессивные и злокачественные. К первым относят:

- 1) собственно липому;
- 2) липоматоз;
- 3) липобластому;
- 4) ангиолипому;
- 5) миолипому;
- 6) хондролипому;
- 7) веретенноклеточную липому;
- 8) атипичную веретенноклеточную/плеоморфную липому;
- 9) гиберному.

К локально-агрессивным относят так называемые атипичные липоматозные опухоли. К злокачественным же опухолям относят липосаркому, которая имеет следующие варианты:

- 1) высокодифференцированная;
- 2) недифференцированная;
- 3) миксоидная;
- 4) плеоморфная;
- 5) миксоидная плеоморфная [12].

Как отличить доброкачественные липомы от липосарком современными методами визуализации? МРТ, компьютерная томография и ультразвуковое исследование могут показать признаки кальцификации, что более часто встречается в липосаркомах и, как сообщается, присутствует в 10–15% случаев. При появлении признаков злокачественности, быстром росте опухолевидного образования пациенту следует обратиться к хирургу-онкологу и решить

вопрос оперативного лечения такого образования. В доступной нам литературе мы отметили очень редкие сообщения о гигантских липомах конечностей, поэтому представление данного клинического случая представляется нам обоснованным и актуальным [13].

Больная Т., 69 лет, обратилась за медицинской помощью в учреждение первичной медико-санитарной помощи с жалобами на наличие опухолевидного образования больших размеров, располагающееся в зоне мышечного массива передней поверхности правого бедра, увеличивающее объем бедра практически в 2 раза в сравнении с левым на симметричном участке; болевой синдром, локализованный в области правого коленного сустава с иррадиацией в область тазобедренного сустава при ходьбе.

Со слов больной, отмечает постепенное увеличение в размерах области правого бедра в течение последних 15 лет. От предлагаемых ранее оперативных вмешательств по поводу образования больная отказывалась. Приняла решение о проведении операции после консультации травматолога в связи с планируемым оперативным лечением правостороннего гонартроза III степени. После консультации врача-хирурга первичного звена была направлена с Курскую областную клиническую больницу с целью решения вопроса о плановом оперативном лечении, где с целью дообследования перед госпитализацией была консультирована онкологом с проведением пункционной биопсии и УЗИ мягких тканей правого бедра. По результатам биопсии были получены адипоциты без признаков злокачественной трансформации. После дообследования была госпитализирована в хирургическое отделение для оперативного лечения.

Из анамнеза жизни: отмечает простудные заболевания; вирусные гепатиты, туберкулез, венерические заболевания отрицает; аллергологический анамнез не отягощен; оперативных вмешательств в течение жизни не было.

Локальный статус: при осмотре объем правого бедра увеличен в диаметре почти в 2 раза относительно левого (рис. 1). Визуально кожа над образованием не изменена, трофических расстройств нет. При пальпации определяется плотноэластической консистенции опухолевидное образование размерами до 30x15 см, преимущественно расположенное на переднелатеральной поверхности. Местных нарушений поверхностных, глубоких, сложных видов чувствительности на уровне поражения и ниже нет. Ограничений активных и пассивных движений в смежных суставах нет.

По данным ультразвукового исследования образование располагается между пучками четырехглавой мышцы бедра и уходит вглубь практически до бедренной кости (рис. 2).

Предварительный диагноз. Основное заболевание: липома передней поверхности правого бедра гигантских размеров. Сопутствующие заболевания: двусторонний гонартроз, декомпенсированная форма, 2–3 степени. Гипертоническая болезнь III степени, ХСН I, ФК 1.



Рис 1. Визуальное увеличение правого бедра относительно левого

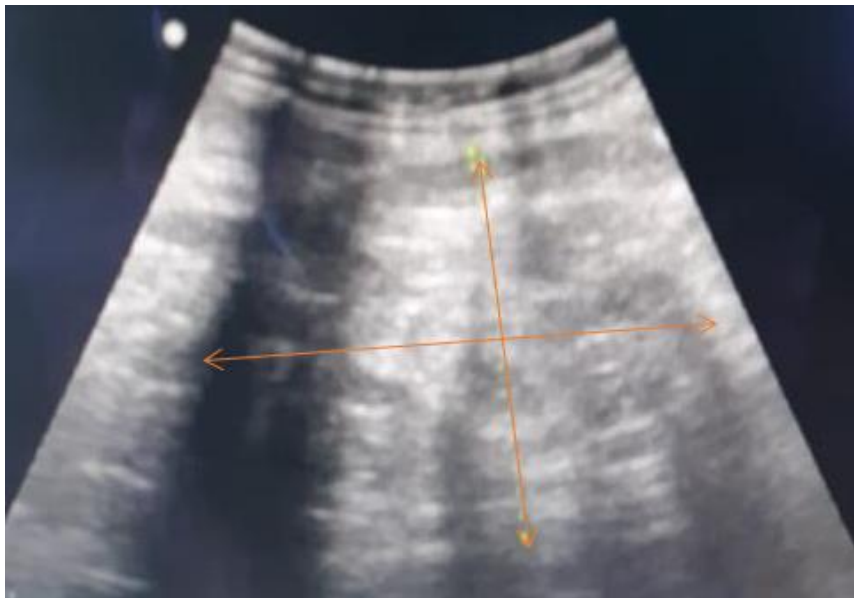


Рис 2. Сонографическая картина образования мягких тканей правого бедра

Больной в плановом порядке выполнено оперативное лечение в объеме удаления липомы бедра с активным дренированием ложа опухоли.

Под спинальной анестезией в асептических условиях двумя окаймляющими полукруглыми разрезами по линиям Лангера над поверхностью опухолевидного образования иссечен кожный лоскут размером 25 на 7 см. На расстоянии 2 см от поверхности кожи после рассечения фасции и разведения порций четырехглавой мышцы тупым и острым путями поэтапно выделены и выведены в рану многоячеистые в капсуле образования с перемычками, расположенные в межмышечных пространствах передней поверхности правого бедра, размерами до 12х17х25 см (жировая ткань в капсуле) (рис. 3). Питающие ножки прошиты и перевязаны. Контроль гемостаза – сухо. Произведено восстановление целостности рассеченной фасции бедра. Послойно наложены швы на рану. Осуществлены дренирование с активной аспирацией межмышечного пространства, наложение асептической повязки. Вес липомы составил 6,2 кг (рис. 4).



Рис. 3. Выведенная в рану опухоль мягких тканей – визуально образование жировой ткани

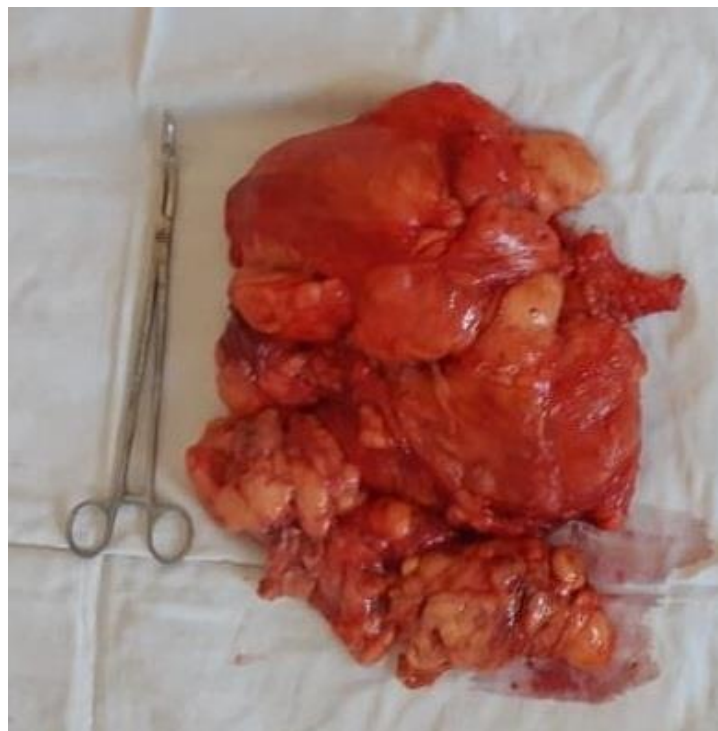


Рис 4. Макроскопическая картина опухоли. Рядом расположен зажим Гросс–Майера (корнцанг) 260 мм

Диагноз после оперативного вмешательства: «Липома передней поверхности правого бедра гигантских размеров».

Послеоперационный период протекал без осложнений; больной проводилось симптоматическое лечение (анальгетики, антибиотики, физиотерапевтическое лечение). Гистологическое исследование: доброкачественное адипоцитарное образование – липома.

Имела место активная аспирация, объем серозно-геморрагического отделяемого составил 250 мл на 1-е сутки. При ультразвуковом контроле на 10-е сутки экссудативных образований в зоне оперативного вмешательства не выявлено, дебет раневой жидкости снизился до 10 мл в сутки, дренаж удален. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 11-е сутки.

Список литературы

1. Мурадян А.А., Гамидов С.И., Шатылко Т.В., Ахмедов О.Р. Гигантская липома семенного канатика: клинический случай // Андрология и генитальная хирургия. 2022. № 1. С. 89-93.
2. Васильев Н.В., Вторушин С.В., Анисеня И.И., Ситников П.К., Табакаев С.А., Фролова И.Г., Богоутдинова А.В., Жуйкова Л.Д., Байрамов П.В., Пономарева С.И., Цветухин М.О. Хондроидная липома как псевдосаркома мягких тканей: обзор литературы и клиническое наблюдение // Сибирский онкологический журнал. 2021. № 4. С. 152-159.
3. Yee E.J., Stewart C.L., Clay M. R., McCarter M.M. Lipoma and Its Doppelganger: The Atypical Lipomatous Tumor/Well-Differentiated Liposarcoma // Surgical Clinics of North America. 2022. Vol. 102(4). P. 637-656.
4. Пилькевич Н.Б., Марковская В.А., Яворская О.В., Хабибуллин Р.Р., Смирнова А.П. Гистологический подтип липомы как маска злокачественного новообразования жировой ткани // Онкология, лучевая терапия. 2023. №3. С. 75.
5. Johnson Ch.N., Ha A.S., Chen E., Davidson D. Lipomatous Soft-tissue Tumors // J. Am. Acad. Orthop. Surg. 2018. Vol. 26(22). P. 779-788. DOI: 10.5435/JAAOS-D-17-00045.
6. Зайцев А.Н., Чёрная А.В., Ульянова Р.Х., Грызунов В.В., Бусько Е.А., Негусторов Ю.Ф., Халтурин В.Ю. Инкапсулирована ли липома мягких тканей? По данным комплекса ультразвуковой визуализации // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2020. № 2. С. 767-774.
7. Awad P. Rare Intramuscular Lipoma of the Foot: A Case Report // J. Am Podiatr. Med. Assoc. 2021. Vol. 111(3). P. 118.
8. Олифирова О.С., Сафронова Д.М. Гигантская липома ягодичной области (клиническое наблюдение) // Амурский медицинский журнал. 2019. № 3. С. 87-89.
9. Усольцев Д.М., Давидян А.А., Бабич Р.А. Опыт удаления гигантских липом в условиях центра амбулаторной хирургии // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. 2016. № 1-2. С. 94-96.

10. Шахрай С.В., Кудрицкий Д.В., Гаин М.Ю., Гаин Ю.М. Лазерный липолиз: механизмы, современные возможности и перспективы использования в хирургии // *Новости хирургии*. 2018. №. 1. P. 72-80.
11. Kim S., Ha Ch., Kwon Ah-Y., Choi W.I. Lipoma with osteocartilaginous metaplasia in infrapatellar fat pad: A case report and review of literature // *Medicine (Baltimore)*. 2022. Vol. 101(42). C. 74-82.
12. Bansal A., Goyal S., Goyal A., Jana M. WHO classification of soft tissue tumours 2020: An update and simplified approach for radiologists // *European Journal of Radiology*. 2021. Vol. 143. DOI: 10.1016/j.ejrad.2021.109937.
13. Bancroft L. W., Pettis Ch., Wasyliv Ch. Imaging of benign soft tissue tumors. // *Semin Musculoskelet Radiol*. 2013. Vol. 17(2). P. 156-167.