

## ГИГАНТСКАЯ ЛИПОМА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Королева И.М., Кондрашин С.А.

**П**редставленный случай из практики демонстрирует сложности диагностики гигантских опухолей брюшной полости. Представлен случай 54-летнего пациента с жалобами на постепенное увеличение размеров живота и недавно появившиеся абдоминальные боли.

Ключевые слова: Липома, доброкачественная опухоль, боли в животе, КТ, МРТ.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития России  
г. Москва, Россия

## GIANT ABDOMINAL LIPOMA

Koroleva I. M., Kondrashin S. A.

**W**e present a case of giant abdominal lipoma in a 54-year-old male patient with 1-month history of abdominal pain and abdomen enlargement. Lipomatous tumors, which occur predominantly in the retroperitoneum, rarely involve the peritoneal cavity. Benign lipomas consist predominantly of fat, which is reflected in their CT attenuation and MR signal characteristics. Benign or malignant primary peritoneal tumors as opposed to desmoid and lipomatous tumors are extremely rare but can arise from any of the mesenchymal tissue elements.

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University  
Moscow, Russia

Keywords: lipoma, benign tumor, abdominal pain, CT, MRI.

**П**ервичные новообразования брюшной полости редки и обычно имеют мезенхимальное происхождение. Липома - зрелая опухоль жировой ткани, встречается в любом возрасте, несколько чаще у женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Обычно, она локализуется в коже, подкожной, межмышечной, забрюшинной и околопочечной клетчатке и, крайне редко, в брюшной полости. Рост липомы не связан

с общим состоянием организма и даже при истощении они продолжают накапливать жир. Крайне редко липомы достигают больших размеров, при которых возникают условия для застоя крови, отека, некроза и изъязвления опухоли [2]. По мнению некоторых авторов, большинство забрюшинных липом, являются медленно развивающимися липосаркомами [1, 3]. Липома имеет узловатую форму за счет дольчатого строения, окружена капсулой. Реже встречается так называемая распространенная липома с разлитыми, лишенными соединительно-тканной капсулы, разрастаниями жировой ткани, как при болезни Деркума (болезненный липоматоз) и синдроме Маделунга (диффузный липоматоз шеи) [2]. Доброкачественные липомы образованы, главным образом, жировой тканью, отличающейся от обычного жира, различными размерами долек и жировых клеток, имеющей патогномичное проявление при компьютерной томографии (КТ) и характерный сигнал при магнитно-резонансной томографии (МРТ), благодаря низким денситометрическим показателям (-120Hu - 140Hu).

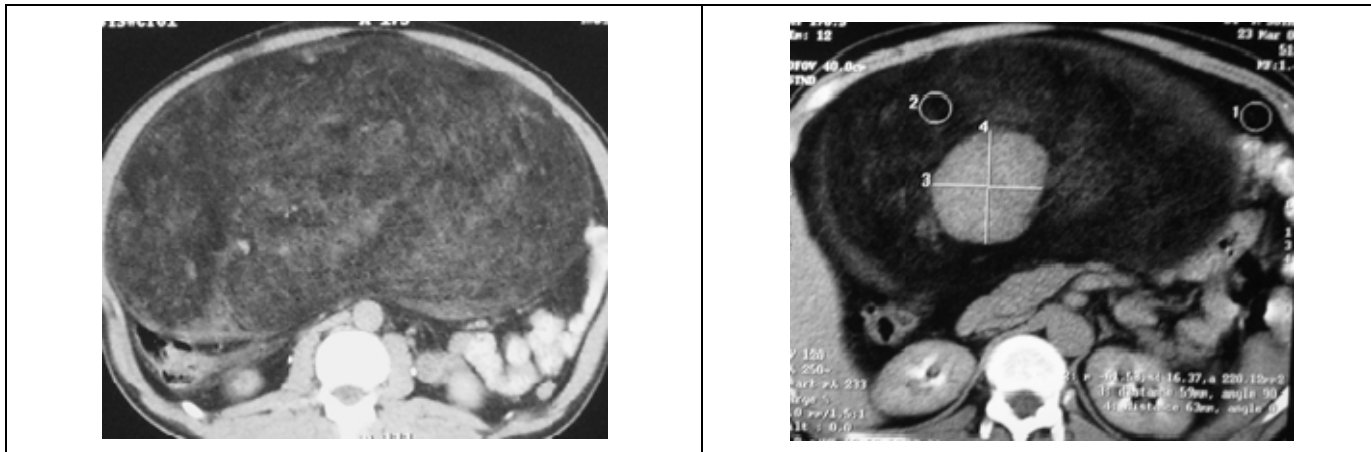
**Клиническое наблюдение.**

В клинику обратился пациент по поводу увеличения объема живота. При первичном



**Рис. 1. Пассаж бария.**

Контрастное вещество визуализируется в желудке и 12-перстной кишке. Желудок смещен влево, вверх и назад.



**Рис. 2. МСКТ.**

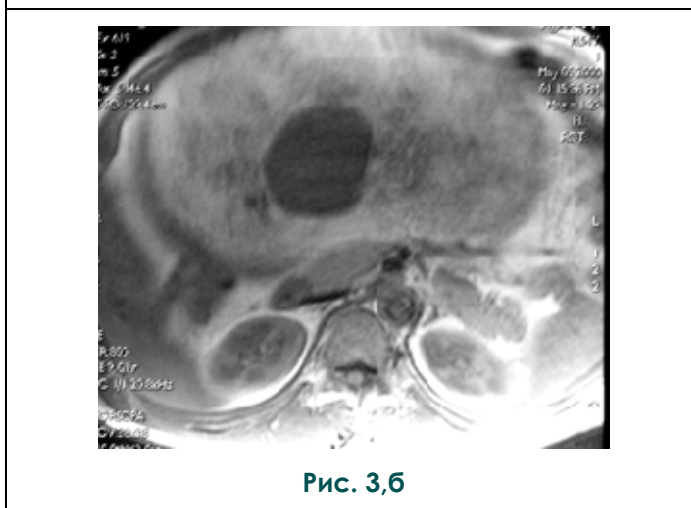
На аксиальных срезах визуализируется гигантское образование брюшной полости жировой плотности (-80 Нu -32 Нu) с неоднородной структурой и наличием солидного участка с более высокими денситометрическими показателями (25-30 Нu).



**Рис. 3,а**



**Рис. 3,в**



**Рис. 3,б**

**Рис. 3. МРТ.**

В аксиальной проекции (а, б) и МПР в саггитальной проекции (в). Визуализируется многоузловое образование больших размеров с участком более плотной структуры в центре.

осмотре хирургом заподозрено объемное образование брюшной полости, поэтому был назначен комплекс диагностических исследований: пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, КТ, МРТ, а также классиче-

ское ангиографическое исследование. При пассаже бария отмечалось смещение желудка влево, петель тонкой кишки влево и кзади, дистального отдела подвздошной, слепой и восходящего отдела толстой кишки – вверх (Рис. 1).



Рис. 4,а

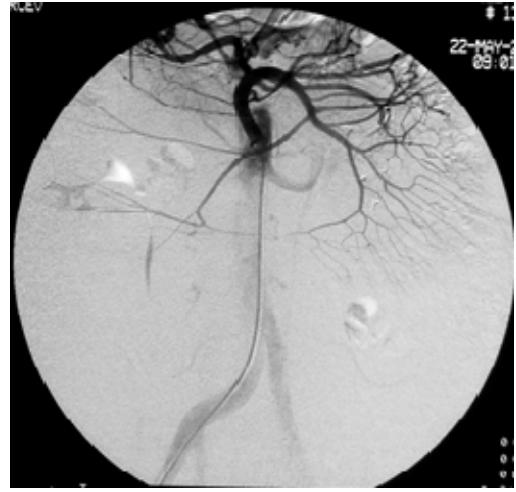


Рис. 4,в



Рис. 4,б

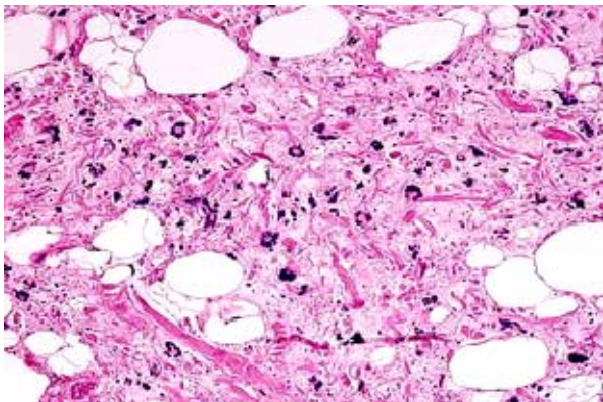
**Рис. 4. Ангиография.**

На брюшных ангиограммах определяется контрастирование образования из 4-й правой поясничной артерии и epigastrica inferior dextra и мелких собственных артерий, отходящих от брюшной аорты; имеется повышение кровоснабжения в артериальную и паренхиматозные фазы (а, б), данных за озлокачествление нет. Сосуды брыжейки смещены вверх и кпереди (в).

При КТ органов брюшной полости визуализируется массивное образование жировой плотности неоднородной структуры, выполняющее всю брюшную полость, размерами 40x35x20см с четкими ровными контурами (Рис. 2). Почки, селезенка, поджелудочная желе-

за, петли кишечника смещены кзади, несколько сдавлены, признаков инфильтрации окружающих тканей не выявлено. Денситометрические показатели образования от -80Hu до -32Hu. На фоне жировой ткани визуализируется центрально расположенный участок округлой формы мягкотканой плотности 60x70x50мм 25Hu-30Hu. После внутривенного контрастирования плотность образования повысилась на 15-20Hu, плотность мягкотканого включения на 20 Hu. Заключение: КТ картина гигантской липомы брюшной полости (липوما? липосаркома?).

При МРТ визуализируется образование размерами 40x35x25см, состоящее из нескольких крупных узлов, имеющих четкие контуры, центрально определяется округлый участок диаметром 6см с более плотной структурой. Образование интимно прилежит к правой поясничной мышце. Заключение: МРТ картина доброкачественной опухоли брюшной полости с распространением в забрюшинное пространство (Рис. 3).



**Рис. 5. Гистология.**

Картина зрелой жировой ткани.

Проведенное ангиографическое исследование выявило малососудистое объемное образование забрюшинного пространства (Рис. 4).

На операции удалена гигантская опухоль, выполняющая всю брюшную полость и имеющая мягкую консистенцию, светло-желтую окраску и толстостенную фиброзную капсулу, спаянную с аппендиксом.

Гистологическое исследование образования: картина липомы, атипичных клеток не выявлено, при исследовании капсулы – соединительнотканнные элементы (Рис. 5).

**Выводы.** Наше наблюдение подтверждает данные литературы о медленном росте липом, достигающих, порой, гигантских разме-

ров. Отсутствие клинической симптоматики (болезненных ощущений, нарушение моторики кишечника) приводит к поздней диагностике заболевания, что, в свою очередь, может осложнять результаты хирургического вмешательства. В нашем случае комплекс лучевых методов исследования, учитывая гигантские размеры опухоли, не позволил достоверно высказаться об источнике ее происхождения (брюшная полость? забрюшинное пространство?), однако позволил оценить состояние окружающих опухоль структур и тканей, что и определило возможность и тактику радикального хирургического вмешательства.

#### **Список литературы:**

1. Артамонов Р.Г., Глазунова Л.В., Бекташьянц Е.Г., Куйбышева Е.В., Наринская Н.Н. Липома брюшной полости - трудности дифференциальной диагностики // Медицинский научный и учебно-методический журнал. - № 31. - 2006. - С. 212-217.

2. Липомы // Медицинская энциклопедия. - Т.13. - С. 544-550.

3. Clark M.A., Fisher C., Path I., Thomas M. Clinical medicine in overweight patients with dyslipidemia // New England Journal of Medicine. - 2005. - 353:701-711.