

УДК 617.553-006.326-007.61

Ф.И. Гюльмамедов, Н.М. Енгенов, А.Н. Жадинский

**ГИГАНТСКАЯ ЛИПОМА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

Считается, что первое описание неорганных забрюшинных опухолей (НЗО) дано Benivieni в 1507 г., а в 1829 г. Lobstein предложил термин «забрюшинная саркома». В последующее столетие появилось довольно много научных публикаций, касающихся проблемы НЗО. К сожалению, большинство из них основывается на малочисленных клинических наблюдениях, или представляет собой описание отдельных клинических случаев. Ряд зарубежных авторов вообще рассматривают НЗО в едином комплексе с мягкоткаными новообразованиями, исходя только из их гистогенеза, не учитывая локализацию, а именно последней во многом определяется специфичность диагностической и лечебной тактики. Этот факт объясняется, главным образом, редкостью данной патологии. По мнению различных авторов, НЗО составляют от 0,03% до 1,0% всех новообразований. Поэтому только ряд медицинских учреждений, оказывающих специализированную помощь при НЗО, располагает убедительными многолетними статистиками.

Одной из важнейших составляющих в проблеме хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей, единственно радикального при данной патологии, является оценка распространенности опухоли на дооперационном этапе. Особенности анатомического строения забрюшинного пространства, многообразие морфологических вариантов НЗО требуют применения на этапе уточняющей диагностики целого комплекса диагностических методов.

Ниже приводим клиническое наблюдение.

Больная Р. 1953 г.р. поступила 31.01.2011 г. во хирургическое отделение № 2 Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения. При поступлении жалобы на ноющую боль в правой половине живота, увеличение живота в объеме. Считает себя больной около двух лет, когда появились периодические боли в животе справа после физических нагрузок, стал увеличиваться жи-

вот в объеме. За медицинской помощью не обращалась, не лечилась. За последний месяц боли усилились. 20.01.2011 г. больной выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: диффузно-очаговые изменения паренхимы печени (эхинококкоз?). 26.01.11 г. выполнена компьютерная томография (КТ) брюшной полости и забрюшинного пространства: в правой половине брюшной полости, распространяясь в забрюшинное пространство определяется гигантских размеров (229×147 мм) образование с четкими, ровными контурами, жировой плотности с единичными питающими сосудами от брыжеечной артерии и вены с многочисленными кальцинатами от 9 мм до 24 мм. Все органы находящиеся в правой половине брюшной полости смещены влево, сдавлены. Больная консультирована урологом, выполнено УЗИ брюшной полости, связи данного образования с забрюшинным пространством не выявлено.

01.02.2011 г. выполнена спиральная компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства: в правой половине брюшной полости определяется образование жировой плотности, размерами 24,0×17,5×25,0 см с наличием кальцинатов от 0,5 см до 2,3 см, печень диффузно увеличена, дополнительных образований в ней не выявлено, другой патологии нет.

01.02.2011 г. рентгенография органов грудной клетки: легкие без патологических теней, легочной рисунок не изменен, корни структурны, левый же-



Рис. 1. Липома забрюшинного пространства.

лудочек гипертрофирован, аорта развернута, синусы свободны, левый купол диафрагмы релаксирован до уровня 5 ребра.

02.02.2011 г. больная оперирована. Выполнена срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости установлено, что имеется гигантская липома размерами 40×30×20 см, которая исходит из забрюшинного пространства (рис. 1.). Стенки образования рыхло спаяны с поперечно-ободочной кишкой, тонкой кишкой, сальником. Частично острым, частично тупым путем образование мобилизовано. При дальнейшей ревизии установлено, что образование интимно спаяно с верхним полюсом правой почки и верхней третью мочеточника, где также острым и тупым путем опухоль мобилизована и удалена.

Препарат: удаленная липома, размерами 40×30×20 см, вес – 7200 гр (рис. 2.).

Гистологическое заключение: липома с участками фиброза.

Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 7 сутки. Пациентка выписана на 8 сутки.

### **Выводы**

Основным радикальным методом лечения неорганных забрюшинных опухолей является хирургический, поскольку положительные прогностические перспективы таких пациентов зависят главным образом от возможности максимально полного удаления новообразований. Одним из важнейших моментов в хирургическом лечении неорганных забрюшинных опухолей является оценка распространенности опухолевого процесса на дооперационном этапе, которая является базовой как для принятия окончательного решения о возможности выполнения операции, так и для построения рационального плана хирургического вмешательства. Особенности анатомического



Рис. 2. Удаленная липома забрюшинного пространства.

строения забрюшинного пространства, многообразии морфологических вариантов НЗО требуют применения на этапе предоперационного обследования целого комплекса диагностических методов, ведущими из которых традиционно являются специальные методы лучевой диагностики – УЗИ, КТ, магниторезонансная томография, прямая ангиография. Каждый из них имеет пределы разрешающих возможностей в силу своих разных физических свойств и характеристик. Выбор адекватного хирургического доступа, последовательность этапов мобилизации опухоли, обоснованность выполнения комбинированного вмешательства во многом определяются тем, насколько достаточен объем диагностической информации и правильна интерпретация выявленных изменений. Только при этих условиях создаются реальные возможности для повышения радикализма операции, сокращения количества пробных лапаротомий и угрозы развития интраоперационных осложнений.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бабаджян С.С. Клиника и диагностика первичных внеорганных забрюшинных опухолей таза. / С.С. Бабаджян. – Автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук. – Москва. – 1978. – 21 с.
2. Белавина Е.В. МР-томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства у онкологических пациентов в предоперационном периоде / Е.В. Белавина, А.Ю. Летагин, А.М. Коростышевская // Тезисы докл. междунар. конференции «МР в медицине». – Казань, 1997. – С. 56-58.
3. Горзов П.П. Хирургическое лечение неорганных опухолей забрюшинного пространства. / П.П. Горзов. – Автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук. – Санкт-Петербург. – 1993. – 23 с.
4. Какиашвили Н.Н. Методы лучевой диагностики в оптимизации диагностической и хирургической тактики при неорганных забрюшинных опухолях. / Н.Н. Какиашвили. – Автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук. – Москва. – 2009. – 22 с.
5. Араблинский А.В. К диагностике опухолей почек с распространением на сосудистую ножку нижнюю полую вену / А.В. Араблинский, В.А. Мезенцев, Л.А. Кленова, Ю.В. Дебелый // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1994. – №5. – С. 54-56.
6. Buda F. Contributo clinico alia conoscenza dei tumori retroperitoneali dello scavo pelvico / F. Buda, C. Buda, L. De-Gregori // Minerva chir. – 1990. – Vol. 45. – №10 – P. 705-710.
7. Tumori retroperitoneali primitivi Nostra esperienza / P.G. Calo, A. Congiu, C. Ferrelli [et al.] // Minerva chir. – 1994. – Vol.49. – №1-2 – P. 43-49.

Стаття надійшла 26.08.2011