

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИПОМЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шаврак И.А.

В статье описаны возможности рентгенологического исследования диагностики липомы толстой кишки, сопоставление результатов с данными МСКТ и колоноскопии.

Ключевые слова: липома, доброкачественная опухоль, ирригоскопия.

ГБОУ ВПО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова.
г. Москва, Россия

DIAGNOSTIC IMAGING OF COLONIC LIPOMAS. A CASE REPORT

Shavrak I.A.

This article describes the role of irrigoscopy in the diagnosis of colonic lipoma, comparison of the results with MDCT and colonoscopy data.

Keywords: lipoma, benign tumor, irrigoscopy.

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

Липома является чаще всего встречающейся неэпителиальной доброкачественной опухолью толстой кишки. Наблюдается она в возрасте 40-60 лет. У 50-60% больных липома располагается в правой половине толстой кишки, в подслизистом слое. Чаще всего они бывают одиночными, имеют широкое основание, покрыты неизменной слизистой оболочкой. Длительно липома растет ничем себя не проявляя [1]. Отсутствие клинической симптоматики (болезненные ощущения, нарушение моторики кишечника) приводит к поздней диагностике заболевания, что, в свою очередь, может осложнять результаты хирургического вмешательства [2]. Представленный случай из практики демонстрирует сложности диагностики липомы толстой кишки.

Липома толстой кишки.

Липома – зрелая опухоль жировой ткани. Встречается в 3,5% случаев среди доброкачественных опухолей толстой кишки. Липома является истинно доброкачественной опухолью толстой кишки. Она никогда не озлокачивается и по частоте обнаружения стоит на одном из первых мест. В половине случаев липомы располагаются в правой половине толстой кишки – слепой и восходящей. Липомы, расположенные в подслизистом слое, вызывают ограниченное утолщение стенки; липомы, растущие внутрь просвета кишки, выпячивают слизистую оболочку. Субсерозные формы иногда свисают, как полипы. Новообразование имеет

гладкие ровные контуры, нередко бывает дольчатого строения. Обычно липома сидит на широком основании, но может иметь и выраженную ножку. Липома легко уплощается, расплывается при пальпации и компрессии. В результате длительного роста липомы могут достигать довольно больших размеров – до 10 см. Клинически они не имеют патогномоничных симптомов, но могут вызвать у больных ряд жалоб, интенсивность которых зависит от размеров, локализации образования и характера прикрепления. Наиболее частым осложнением, отмечаемым всеми авторами, является инвагинация, которая приводит к возникновению симптомов непроходимости (А. А. Никитенко, 1957; А. А. Челнокова с соавторами, 1958; Л. П. Симбирцева с соавторами, 1965; Fontaine соавторами, 1963, и др.). Нередки случаи перемежающейся непроходимости, которые возникают в результате кратковременных инвагинаций. Липома развивается из жировой ткани, но отличается от нее атипичностью строения, которое выражается в неравномерности долек.

В заполненной контрастной взвесью бария толстой кишке липома образует округлый или овальный дефект наполнения с гладкими контурами, иногда дольчатого строения, обычно имеющий широкое основание. В более редких случаях липома имеет вид плоского дефекта наполнения с гладкими контурами, плавно переходящего в контур кишечной стенки. Липома легко меняет размеры и форму при ее

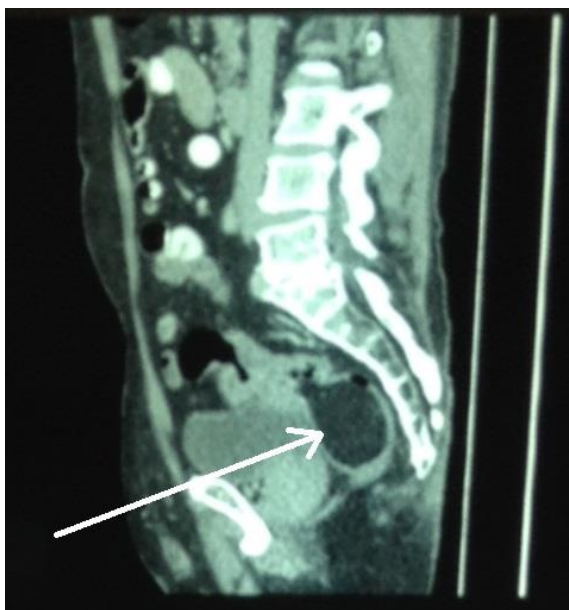


Рис. 1,а



Рис. 1,б

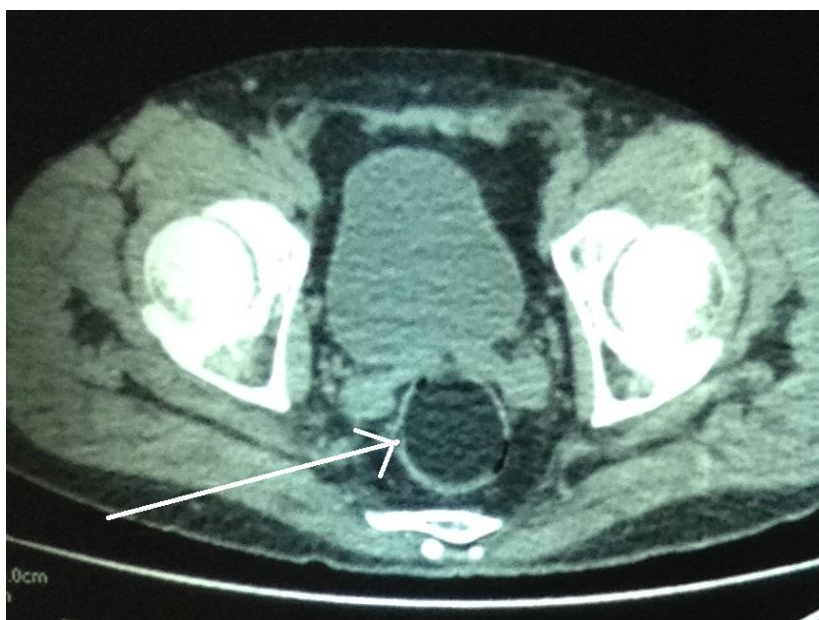


Рис. 1,в

Рис. 1. МСКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием.

В проекции прямой кишки определяется образование округлой формы с четкими ровными контурами жировой плотности без инвазии в окружающие ткани (стрелка). а – сагитальный срез, б – фронтальный срез, в – аксиальный срез.

пальпации и компрессии во время рентгенологического исследования, поскольку является довольно мягкой опухолью. Кишечная стенка в месте расположения липомы эластичная. Складки слизистой оболочки над липомой истончены, над опухолью могут не прослеживаться вовсе, в прилежащих же к опухоли отделах рельеф слизистой оболочки обычно не изменен. При раздувании толстой кишки газом без предварительного введения в кишку бариевой взвеси из-за невысокого коэффициента поглощения

рентгеновских лучей жировой тканью липома видна чрезвычайно слабо или совсем незаметна.

Клиническая картина.

Пациент А., 56 лет, был госпитализирован в УКБ №1 с жалобами на неприятные ощущения, чувство дискомфорта и тяжесть в нижних отделах живота, затруднение отхождения газов, беспокоящие в течение 3 лет. Также около 4 месяцев назад начал замечать периодическое выпадение из ануса опухолевидного образования



Рис. 2. Ирригоскопия.

Фаза тугого заполнения. Горизонтальное положение пациента. Выше средней трети сигмовидной кишки определяется дефект наполнения размером 8x5 см.

размером около 8 см при значительной физической нагрузке и при акте дефекации, вправляемое пациентом самостоятельно.

При осмотре: живот округлой формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации: живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается, активная. Притупления в отлогах местах живота нет. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул неоформленный, жидкой консистенции, без примесей крови и слизи, до одного раза в сутки. Пальцевое исследование прямой кишки: ампула прямой кишки пуста, на высоте пальца (8 см) патологических образований не выявлено.

Колоноскопия:

Аппарат введен в поперечно-ободочную кишку, проксимальнее исследование резко болезненное.

При осмотре сразу за ректосигмоидным переходом в просвете сигмовидной кишки визуализируется шаровидное образование более 5 см, флотирующее в просвете, поднимающееся до уровня нижней-средней трети нисходящей кишки. Образование покрыто неизменной слизистой с сохраненным сосудистым рисунком. При инструментальной пальпации мягко-эластической консистенции.

На остальных осмотренных отделах толстой кишки рельеф ее сохранен, сосудистый рисунок и гаустрация четкие. В нисходящей

кишке единичные мелкие дивертикулы с устьями до 5 мм без признаков воспаления.

Заключение: подслизистое образование (киста?) сигмовидной кишки, провоцирующая при смещении инвагинацию стенки сигмовидной кишки.

МСКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (введено 100 мл контрастного препарата «Оптирей»):

В прямой кишке визуализируется округлое образование жировой плотности 69,7x42x47 мм, сдавливающее просвет кишки. Параректальная клетчатка не изменена (Рис. 1 (а-в)).

Заключение: образование прямой кишки/липома.

Ирригоскопия:

С помощью бариевой клизмы заполнена толстая кишка до средней трети сигмовидной кишки, далее определяется дефект наполнения приблизительным размером 8x5 см, за который контраст не проходит (Рис. 2). После опорожнения в вертикальном положении дефект определяется в прямой кишке над ампулярным отделом (Рис. 3).

Была выполнена операция: лапароскопическая резекция сигмовидной кишки с наложением аппаратного циркулярного десцендосигмоанастомоза конец в конец.

Материал был направлен на гистологическое исследование.

Гистологическое исследование. Макроскопическое описание: фрагмент кишки длиной 10,5 см. На одном из краев резекции определя-



Рис. 3. Ирригоскопия.

Фаза опорожнения. В вертикальном положении дефект определяется в прямой кишке над ампулярным отделом (стрелка).

ется опухоль на ножке диаметром 6 см. Разрезана. На разрезе жировая ткань.

Заключение гистологического исследования: картина липомы.

Выводы.

Несмотря на разнообразие диагностических приёмов, которые использует современная медицина, ирригоскопия как метод исследования толстого кишечника по-прежнему остаётся востребованной и достаточно информативной

техникой. Ирригоскопия дает возможность получения информации о морфологических изменениях толстой кишки, что в плане диагностики нозологических форм представляется более ценным. В нашем случае комплекс лучевых методов исследования, учитывая расположение и размеры опухоли, не позволил достоверно высказаться о ней. Окончательный диагноз может быть установлен только после гистологического исследования резецированного участка кишки.

Список литературы:

1. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия кишечника – Киев: «Здоров'я», 1977. С. 93.
2. Королева И.М., Кондрашин С.А. Гигантская липома брюшной полости // REJR. Том 2, № 1.
3. Доброкачественные опухоли толстой кишки // <http://surgeryzone.net/onkologia/dobrokachestvennye-opuxoli-tolstoj-kishki.html>

tolstoj-kishki.html

4. Геселевич Е.С. Рентгенодиагностика заболеваний толстой кишки. – М.: Издательство «Медицина», 1968. – 200 с.
5. Доброкачественные неэпителиальные опухоли толстой кишки // <http://medicalplanet.su/diagnostica/332.html>