

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-189-5-101-103>



## Лечебно-диагностический алгоритм при липоме толстой кишки\*

Коржева И. Ю.<sup>1,2</sup>, Чернеховская Н. Е.<sup>1</sup>, Галаева Е. В.<sup>2</sup>, Вычужанина Н. В.<sup>2</sup>, Хорева Е. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ: 123995, Москва, ул. Баррикадная, 2, стр. 1.

<sup>2</sup> Городская клиническая больница им. С. П. Боткина: 125284, Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5.

**Для цитирования:** Коржева И. Ю., Чернеховская Н. Е., Галаева Е. В., Вычужанина Н. В., Хорева Е. А. Лечебно-диагностический алгоритм при липоме толстой кишки. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;189(5): 101–103. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-189-5-101-103

Коржева Ирина Юрьевна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндоскопии; заведующая эндоскопическим отделением

Чернеховская Наталья Евгеньевна, д.м.н., профессор кафедры эндоскопии

Галаева Елена Валериановна, д.м.н., доцент кафедры эндоскопии

Вычужанина Наталья Валерьевна, к.м.н., врач-эндоскопист

Хорева Елена Александровна, клинический ординатор кафедры эндоскопии

✉ Для переписки:

**Чернеховская**

**Наталья Евгеньевна**

*chernekhovskaya@mail.ru*

## Резюме

**Актуальность.** Липомы толстой кишки не являются редкими опухолями, однако они протекают со смазанной клинической картиной и больные поступают уже с осложнениями — обтурационной кишечной непроходимостью или с кровотечением. В связи с этим авторы представили клиническое наблюдение пациента 57 лет, диагноз у которого был установлен только при морфологическом исследовании операционного материала.

\* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал.

**Целью исследования** явилась демонстрация клинического наблюдения липомы толстой кишки.

**Материал и методы:** представлена история болезни пациента 57 лет с липомой толстой кишки.

**Ключевые слова:** липома, толстая кишка, колоноскопия, КТ

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-189-5-101-103>

## Therapeutic and diagnostic algorithm for colon lipoma\*

I. Yu. Korzheva<sup>1,2</sup>, N. E. Chernekhovskaya<sup>1</sup>, E. V. Galaeva<sup>2</sup>, N. V. Vychuzhanina<sup>2</sup>, E. A. Khoreva<sup>1</sup><sup>1</sup> Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, 125993, 2/1, Barricadnaya Street, Moscow, Russia.<sup>2</sup> S. P. Botkin Municipal Clinical Hospital, 125284, 5/22, 2nd Botkinsky Prospect, Moscow, Russia

**For citation:** Korzheva I. Yu., Chernekhovskaya N. E., Galaeva E. V., Vychuzhanina N. V., Khoreva E. A. Therapeutic and diagnostic algorithm for colon lipoma. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;189(5): 101–103. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-189-5-101-103

✉ Corresponding author:

**Natalya E. Chernekhovskaya**  
chernekhovskaya@mail.ru**Irina Yu. Korzheva**, M.D., Ph.D., D. Sc., professor, Head of Science Department of Endoscopy; Head of the Department of Endoscopy; ORCID: 0000-0002-5984-5660**Natalya E. Chernekhovskaya**, M.D., Ph.D., D. Sc., professor, Science Department of Endoscopy; Scopus Author ID: 56925247300**Elena V. Galaeva**, M.D., Ph.D., D. Sc., associate professor, Science Department of Endoscopy**Natalia V. Vychuzhanina**, M.D., Ph.D., endoscopist of Department of Endoscopy**Elena A. Khoreva**, clinical resident of Department of Endoscopy

### Summary

\* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal.

**Clinical relevance:** Colon lipomas are not rare tumors, but they occur with blurred clinical features and patients arrive with complications-obstructive intestinal obstruction or bleeding. In this regard, the authors presented a clinical case of a 57-year-old patient whose diagnosis was established only by morphological examination of the surgical material.

**The purpose of the study** was to demonstrate clinical observation of colon lipoma.

**Materials and methods:** The case history of a 57-year-old patient diagnosed with colonic lipoma is presented.

**Keywords:** lipoma, large intestine, colon, colonoscopy, computed tomography (CT).

**Conflict of interest.** Authors declare no conflict of interest.

По классификации ВОЗ (2010) [1] опухоли толстой кишки подразделяют на эпителиальные, зубчатые полипы и аденомы, карциномы, нейроэндокринные неоплазии, нейроэндокринные карциномы, мезенхимальные опухоли и лимфомы. К доброкачественным неэпителиальным опухолям толстой кишки относят лейомиому, липому, сосудистые опухоли (гемангиому и лимфангиому), неврилемому (шванному). Клинически доброкачественные опухоли часто протекают бессимптомно (до 80% случаев), и тогда они являются случайной находкой во время колоноскопии или при рентгенологическом исследовании толстой кишки [2]. Однако по мере увеличения размеров опухоли до 5 см в диаметре и более, они могут приводить к нарушению пассажа кишечного содержимого и развитию клинической картины частичной или полной обтурационной толстокишечной непроходимости. Доброкачественные неэпителиальные опухоли могут изъязвляться, и тогда в клинической картине превалирует кишечное кровотечение [3].

Из неэпителиальных опухолей в толстой кишке наиболее часто встречается липома – опухоль из жировой ткани. На ее долю приходится 60% всех неэпителиальных опухолей кишечника. Липома – одна из самых частых доброкачественных опухо-

лей мезенхимального происхождения (30–40%) [4]. Липома обычно локализуется в правой половине толстой кишки. Чаще всего опухолевый узел один, но могут быть и множественные липомы (липоматоз). Множественные липомы равномерно распределяются по всем отделам толстой кишки. Клиническая симптоматика мало выражена. Липомы обладают отчетливой автономией роста, так что при истощении организма они продолжают расти [5]. Клинически в большинстве случаев липома отличается доброкачественным течением. Однако описаны случаи малигнизации липом [6]. В связи с мультицентрическим ростом могут возникать рецидивы из-за неполного удаления опухолевого узла. При забрюшинной локализации нередко отмечается озлокачествление опухоли – развивается липосаркома. Она может достигать больших размеров (до 3 кг и более), долго не метастазирует, но часто рецидивирует после удаления.

Диагностировать патологические изменения в толстой кишке возможно только на основании комплексного обследования, включающего лабораторную диагностику, УЗИ и КТ органов брюшной полости (с внутривенным контрастированием), колоноскопию с биопсией с последующим морфологическим исследованием биопсийного материала.

Учитывая трудности диагностики мезенхимальных опухолей толстой кишки, приводим наше наблюдение.

Больной А., 57 лет, поступил в ГКБ им. С.П. Боткина с жалобами на вздутие живота, умеренные боли в правом подреберье и левой половине живота, отсутствие стула в течение последних 5 дней. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних 10 дней. Пациент наблюдался у колопроктолога по месту жительства по поводу полипов сигмовидной кишки. Выписки предыдущих осмотров отсутствуют. Лабораторные показатели, в том числе исследования на онкомаркеры, в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости в области печеночного угла стенка толстой кишки утолщена до 12 мм на протяжении 9 см. Окружающая клетчатка повышенной эхогенности, неоднородная. Перистальтические волны замедлены. Содержимое в просвете кишки гетероэхогенное. Заключение: опухоль печеночного угла ободочной кишки. При ирригоскопии с двойным контрастированием обнаружено новообразование поперечной ободочной кишки с признаками толстокишечной непроходимости в стадии субкомпенсации. (рис. 1, 2).

На КТ органов брюшной полости подтвержден диагноз опухоль правой половины ободочной кишки с частичной толстокишечной непроходимостью (рис. 3, 4)

При проведении видеоколоноскопии в правой половине ободочной кишки определялась опухоль полушаровидной формы, на широком основании, размером до 8–9 см в диаметре, с дольчатой поверхностью, некрозом слизистой на верхушке опухоли,

с субкомпенсированным стенозом просвета кишки. При инструментальной пальпации опухоль мягкоэластической консистенции, при взятии биопсии умеренная контактная кровоточивость. Дифференциальный диагноз проводился между гастроинтестинальной стромальной опухолью толстой кишки с признаками перекрута питающей ножки и аденокарциномой. При гистологическом исследовании в препарате детрит, данных за рак не получено. Произведена лапароскопическая атипичная парциальная резекция восходящего отдела ободочной кишки.

При макроскопическом исследовании. (рис. 5) обнаружена опухоль размерами 9,0 x 9,0 см, с тусклой поверхностью, зеленовато-серого цвета, на разрезе опухоль желтого цвета, дольчатого строения. При микроскопическом исследовании обнаружена зрелая жировая ткань в состоянии тотального стеатонекроза с прилежащими участками некротизированной слизистой (рис. 6). Заключение: липома толстой кишки с признаками нарушения трофики всей стромы.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Таким образом, в нашем наблюдении клинические проявления опухоли развились поздно – при размерах липомы до 9 см в диаметре, при наличии субкомпенсированного стеноза, и даже на основании колоноскопии и морфологического исследования биопсийного материала не удалось верифицировать диагноз. Диагноз липомы был установлен только на основании морфологического исследования операционного материала, что лишний раз подтверждает трудности дооперационной диагностики мезенхимальной опухоли толстой кишки.

## Литература | References

1. Bosman F.T., Carneiro F., Hruban R.H., Theise N.D. (Eds.): WHO Classification of Tumours of the Digestive System. IARC: Lyon 2010.
2. Colonoscopy: an illustrated guide. Ed. Douglas G. Adler. Moscow. GEOTAR-Media. 2016. 224 p. (In Russ.)  
Колоноскопия: иллюстрированное руководство// Под ред. Дугласа Г. Адлера. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 224 с.
3. Loginov AS, Parfenov AI. Diseases of the intestine: A guide for doctors. Moscow. Medicine Publ. 2000. 632 p., Ill. (In Russ.)  
Логинов А.С., Парфенов А.И.//Болезни кишечника: Руководство для врачей. – М.: Медицина. – 2000. – 632 с., ил.
4. Rogy M.A., Mirza D., Berlakovich G. et al. Submucous large-bowel lipomas – presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg.* 1991 Jan;157 (1):51–5. PMID: 1675882.
5. Petrov V. P. Colon lipomas. *Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology.* 1996;6(2):84–85. (In Russ.)  
Петров В.П. Липомы толстой кишки//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1996. – Т. 6. – № 2. – С. 84–85.
6. Kitamura K., Kitagawa S., Mori M. et al. Endoscopic correction intussusception and removal of a colonic lipoma. *Gastrointest. Endosc.* 1990. Vol.36, pp.509–511. Doi:10.1016/S0016–5107(90)71128–5

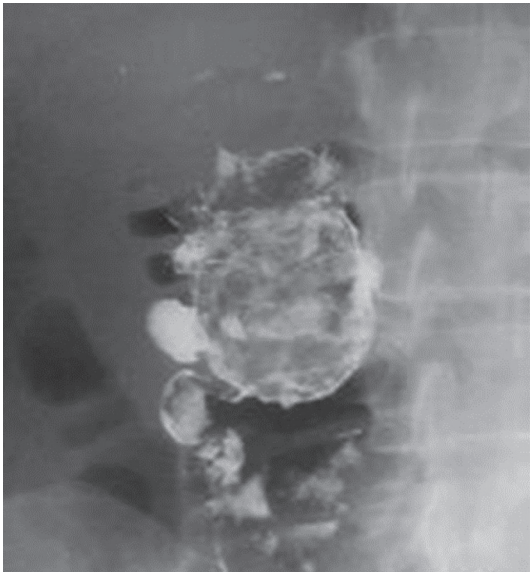
К статье

Лечебно-диагностический алгоритм при липоме толстой кишки (стр. 101–103)

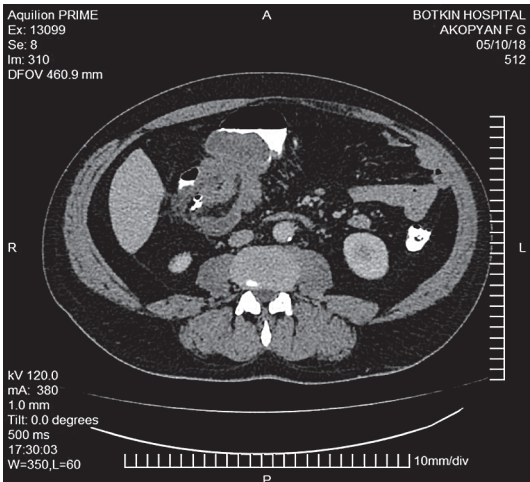
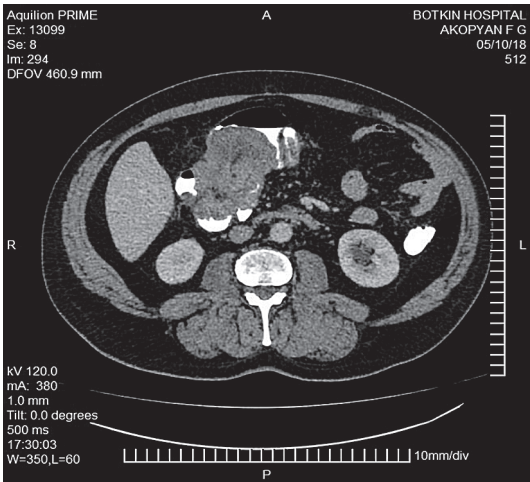
To article

Therapeutic and diagnostic algorithm for colon lipoma (p. 101–103)

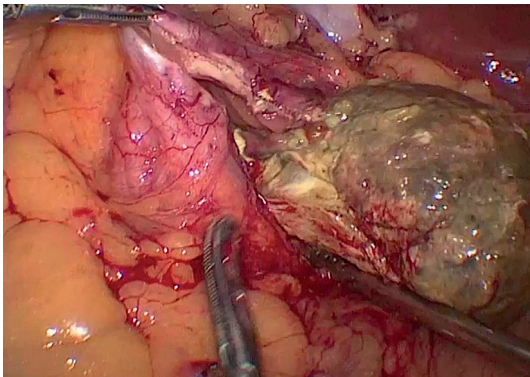
**Рисунок 1, 2**  
Ирригоскопия с двойным контрастированием: новообразование поперечной ободочной кишки  
**Figure 1, 2**  
Irrigoscopy (Barium enema): tumor of the transverse colon



**Рисунок 3, 4**  
КТ: опухоль правой половины ободочной кишки с частичной толстокишечной непроходимостью  
**Figure 3, 4**  
CT: tumor of the right half of the colon with partial colonic obstruction



**Рисунок 5.**  
Опухоль восходящего отдела толстой кишки (операционный материал)  
**Figure 5.**  
Tumor of the ascending colon (surgical material)



**Рисунок 6.**  
Липома толстой кишки  
**Figure 6.**  
Colon lipoma

