

Д.М. УСОЛЬЦЕВ, А.А. ДАВИДЯН, Р.А. БАБИЧ

МЦ «Гиппократ», Краснодарский край, ст-ца Ленинградская

Опыт удаления гигантских липом в условиях центра амбулаторной хирургии

Мягкие ткани составляют $\frac{2}{3}$ массы тела человека, несмотря на это частота опухолей этих локализаций не превышает 2–5% от всех новообразований у взрослых людей [1]. Наиболее частыми доброкачественными опухолями мягких тканей являются липомы — последние происходят из жировой ткани. На их долю приходится 30–40% [1].

Ключевые слова: доброкачественные новообразования, липома, опыт лечения

Липома (от греч. *λίπος* — жир), жировая опухоль — доброкачественная соединительнотканная опухоль; развивается в слое подкожной соединительной рыхлой ткани и может проникнуть вглубь между мышцами и сосудистыми пучками до надкостницы.

Липомы редко бывают множественными. Разлитая липома (*lipoma diffusum*) — накопление без резких границ гроздевидных масс жира. Локализоваться липомы могут в любой части тела [1, 2]. Чаще всего они располагаются в верхней части спины, шеи, живота, проксимальных отделах конечностей, ягодиц и реже — в области лица, голени и стопы [3].

Актуальность проблемы

В наш век развития стационар-замещающих технологий актуальным остается нерешенный вопрос касательно гигантских доброкачественных опухолей кожи и подкожной клетчатки. По сегодняшний день сохраняется приоритет затратной стационарной медицинской помощи населению [4]. Для создание стационар-замещающей технологии оказания хирургической помощи населению, носителям

РИСУНОК 1. *lipoma diffusum*

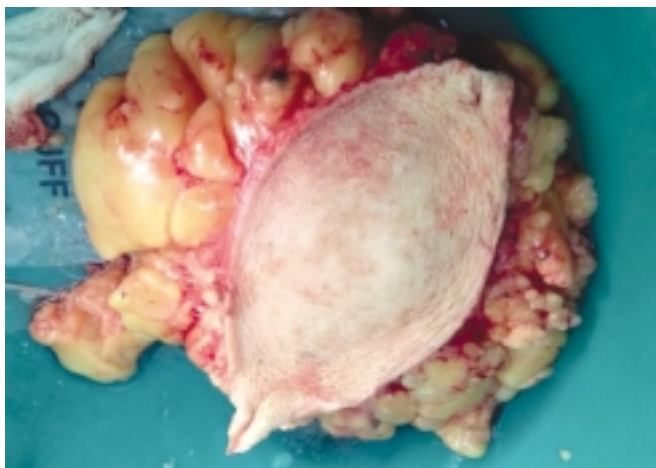


РИСУНОК 2. Полости после иссечения *lipoma diffusum*



Больная В., 50 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на правой ягодице. Объективно: на правой ягодице определяется мягкое образование 17 x 15 x 18 см с распространением в параректальное пространство справа, со смещением прямой кишки (рис. 3)

РИСУНОК 3. Больная В. 50 лет. Вид операционного поля



При ректальном пальцевом исследовании правая стенка прямой кишки пролоббирована в просвет. С целью уточнить локализацию образования в малом тазу выполнено МРТ-исследование, на последнем определено распространение образования в малый таз в параректальном пространстве со смещением прямой кишки (рис. 4)

РИСУНОК 4. МРТ-снимок больной В.



Выполнена пункционная биопсия, образование — жировая ткань. Составлен план операции — принято решение о необходимости дренировать остаточную полость дренажем Редона (рис. 5)

РИСУНОК 5. Активный аспирационный дренаж Редона



Выполнено оперативное лечение с иссечением избыточной кожи над образованием, образование легко секретировалось от близлежащих тканей, $\frac{2}{3}$ образования залегало в малом тазу (рис. 6)

гигантских липом необходим проект технологического процесса.

Материалы и методы

Вашему вниманию демонстрируем наш опыт лечения гигантских липом в центре амбулаторной хирургии (ЦАХ) многопрофильного МЦ «Гиппократ».

Нами прооперировано 3 пациента с гигантскими липомами разных локализаций — две липомы располагались в надлопаточной области и одна в области ягодицы с распространением в параректальное пространство.

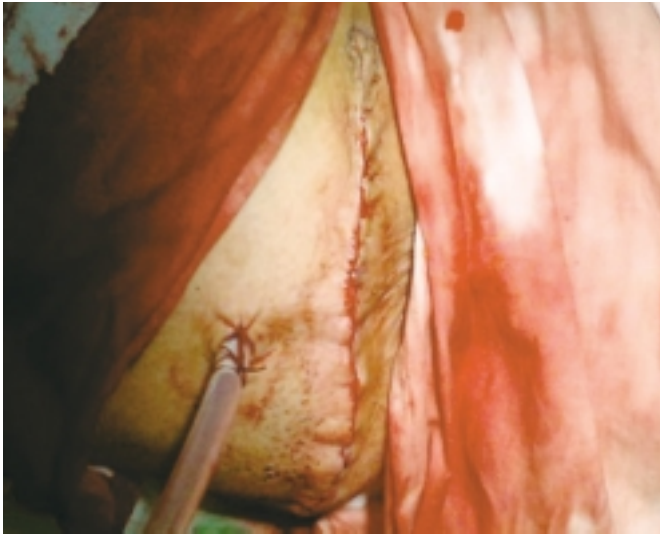
Во всех случаях был применен метод сочетанной анестезии — местно норапин 7,5 мг/мл не более 15 мл и тотальная внутривенная анестезия пропалом. Операционное поле обрабатывалось антисептиком (раствор бетадина), использовались послеоперационные повязки Cosmopor, до операции внутривенно вводилось 2 г цефтриаксона, в послеоперационном периоде больные получали таблетки Цифран 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день на протяжении 5 дней, перевязки с раствором бетадина через день. В ближайшем послеоперационном периоде за пациентами наблюдали не более 20 ч, после переводили на долечивание в «стационар» на дому. Больная А., 48 лет, обратилась с жалобами на наличие объемного образования в правой надключичной области. При объективном осмотре определяется опухолевидное образование 15 x 17 x 13 см в вышеупомянутой области мягкой однородной консистенции, по данным УЗИ — на глубине до 15 мм от поверхности кожи лоцируется смешанного уровня экзогенности объемное образование гигантских размеров, достоверно определить размеры не представляется возможным. Пункционная биопсия — жировая ткань. На рисунке 1 продемонстрирован макропрепарат

РИСУНОК 6. Макропрепарат липомы больной В.



Остаточная полость 10 х 7 х 7 см дренирована системой Редона. Послеоперационная рана ушита наглухо послойно. Шов снят на 15-е сут., заживление первичным натяжением (рис. 7)

РИСУНОК 7. Вид послеоперационной раны больной В.



разлитой липомы с гроздевидными жировыми массами. На рисунке 2 вид операционной раны после эвакуации, образование. Послеоперационная рана послойно ушита нитью Викрил 2.0, поверхностная фасция, на кожу наложен косметический шов нитью Пролен 3.0. Заживление первичным натяжением, шов снят на 13-е сут.

Выводы

Наш опыт лечения гигантских липом в ЦАХ позволяет утверждать, что при наличии необходимого оснащения и должным образом подготовленной операционной бригады данные вмешательства безопасны для пациентов и могут проводиться в условиях амбулаторной хирургии.



ИСТОЧНИКИ

1. Энциклопедия клинической онкологии: руководство для практикующих врачей. Под общ. ред. М.И. Давыдова, Г.Л. Вышковского. М.: РЛС, 2005. С. 365-366.
2. Клиническая онкология. Под ред. Н.Н. Блохина, Б.Е. Петерсона. М.: Медицина, 1971. Т. 1. С. 227-228.
3. Weiss S.W. Goldblum J.R. Enzinger & Weiss Soft tissue tumor. 4-th ed. St Louis: Mosby, 2001. P. 429.
4. Калининская А.А., Шляфер С.И., Днепров Е.В. Развитие стационарозамещающих форм организации медицинской помощи. *Главный врач*, 2003, 2: 34-37.