

## Интересный клинический случай липомы



### В. Г. Элибеков

челюстно-лицевой хирург, врач высшей квалификационной категории, заведующий челюстно-лицевым хирургическим отделением МБУ «Городская больница № 1» г. Новороссийска



### А. А. Полищук

челюстно-лицевой хирург, стоматолог-хирург, врач-ординатор, врач второй квалификационной категории, челюстно-лицевое хирургическое отделение МБУ «Городская больница № 1» г. Новороссийска

*Под влиянием травмы или без ясной причины липома может приобретать характер злокачественной опухоли с инфильтрацией соседних тканей.*

**Л**ипома (lipoma; греч. Lipos — жир + -ома — опухоль; синоним: жировик, липобластома) — доброкачественная опухоль из жировой ткани. Чаще встречается у женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Локализуется в коже, подкожной, межмышечной, забрюшинной, окологепаточной клетчатке, молочной железе, органах желудочно-кишечного тракта, легких, средостении, миокарде, мозговых оболочках, по ходу нервных стволов, в костях. Липомы нередко бывают множественными, иногда развиваются симметрично, что некоторые авторы объясняют нейротрофическими изменениями — липоматоз. Рост липом не связан с общим состоянием организма, при истощении они продолжают накапливать жир. Иногда достигают больших размеров.

Макроскопически липома имеет узловатую форму, узел дольчатого строения окружен капсулой, реже встречается так называемая диффузная липома с разлитыми, лишенными соединительнотканной капсулы разрастаниями жировой ткани, например при липоматозе болезненном. Микроскопически липома построена из жировой ткани и отличается от нее различными размерами долек и жировых клеток. Последние очень малы либо достигают гигантских размеров. Между обычными жировыми клетками встречаются группы клеток с несколькими жировыми вакуолями — так называемые мультилокулярные клетки.

Обычно липома мягкой консистенции при выраженном развитии соединительной ткани становится более плотной. В зависимости от преобладания жировой или фиброзной ткани говорят о липофиброме или фибролипоме. При обильном развитии кровеносных сосудов в опухоли ее называют ангиолипомой, при обнаружении в липоме ослизненной ткани — миксолипомой, гладких мышечных волокон — миолипомой. Редкой разновидностью липом является миелолипому, в которой зрелая жировая ткань сочетается с кроветворной. Миелолипому встречается в клетчатке забрюшинного пространства и малого таза, а также в надпочечниках; она является доброкачественной, не связана с нарушениями кроветворения. В толще мышц располагается интрамуральная (инфильтрирующая) липома, не имеющая четких границ. Опухоль растет медленно и вызывает незначительные функциональные расстройства. Под влиянием травмы или без ясной причины липома может приобретать характер злокачественной опухоли с инфильтрацией соседних тканей.

Липоматоз — это появление в подкожной клетчатке многочисленных липом, обладающих соединительнотканной капсулой или переходящих в область нормальной жировой ткани без четкой границы. По распространению липоматоз может быть общим и местным (регионарным), по характеру процесса — диффузным, узловатым и диффузно-узловатым. Причины липоматоза не выяснены. Развитие липоматоза связывают с локализованным дефектом липолиза (разрушения жировых отложений). Дискутируется роль заболеваний печени, поджелудочной железы, гипопункции щитовидной железы и гипофиза. Часто липоматоз развивается на фоне алкоголизма, диабета, злокачественных опухолей верхних дыхательных путей. Описываются семейные случаи с аутосомно-доминантным наследованием липоматоза. Липоматоз чаще развивается у мужчин. Основные симптомы развиваются медленно. Лишь в дальнейшем появляются опухоли. Липомы могут быть безболезненными, гистологически они соответствуют нормальной жировой ткани. Адипоциты липом проявляют большую устойчивость по отношению к липолитическим факторам, они не уменьшаются даже у исхудавших лиц. Описаны липомы, развивающиеся в пределах внутренних органов. По определенному характерному развитию липом в разных частях тела описаны многочисленные синдромы (синдром Деркума, синдром Грама, синдром Маделунга, множественный липоматоз Роша — Лери, липогранулематоз подкожный гипертонический и многие другие), в практике нашего отделения неоднократно встречался синдром Маделунга (2 больных прооперированы с классическими проявлениями: 1986, 1992). Синдром Маделунга является разновидностью наследственного множественного липоматоза (диффузная липома шеи, доброкачественный симметричный

липоматоз, жирная шея Маделунга, синдром Лонуа — Бансода). Жировые разрастания охватывают переднебоковые и задние поверхности шеи, далее распространяются на подбородок и грудную клетку. Иногда отмечаются множественные симметричные липоматозные узлы на туловище и конечностях. Течение обычно медленное, но иногда наблюдается быстрый рост опухолей. Боль возникает при значительном увеличении количества жировой ткани, когда сдавливаются периферические нервы. Нарушается венозный отток, могут сдавливаться гортань, глотка, что проявляется расстройством дыхания, дисфагией, дизартрией, стенокардией, псевдомиопатией, постепенным нарастанием слабости в мышцах конечностей. Болеют преимущественно мужчины в возрасте 35—40 лет. Лабораторные сдвиги не обнаруживаются. При гистологическом обследовании выявляют скопления жировой ткани нормальной структуры. Тип наследования — аутосомно-доминантный.

В нашей статье мы хотим рассмотреть интересный клинический случай обширной липомы. Пациент М., 69 лет, был госпитализирован в челюстно-лицевое отделение МБУ «Городская больница № 1» г. Новороссийска в плановом порядке 08.07.2013 года с диагнозом: обширная липома подчелюстной области и шеи слева. Жалобы больного на косметический дефект, нарушение двигательной функции, особенно наклон головы и поворот влево, в сторону образования. Из анамнеза выяснено наличие образования в течение 18 лет, с умеренным ростом. Клинически: объемное увеличение тканей подчелюстной, подподбородочной областей и шеи слева. Пальпаторно определяется тугоподвижное, безболезненное образование, мягкоэластичной, а по периферии тестоватой консистенции, 15\*12 см, также определяется дольчатость строения. Границы: от подподбородочной области до угла нижней челюсти с незначительным переходом в позаподчелюстную ямку слева. В переднем отделе до уровня щитовидного хряща. В заднем отделе до нижней трети шеи. Кожа над ним в цвете не изменена, не напряжена, в складку собирается свободно. Движения головы несколько ограничены при повороте влево и наклоне, движения нижней челюсти в полном объеме. Со стороны полости рта незначительное выбухание в подъязычной области слева. Слизистая не изменена, пальпация безболезненная. 09.07.13 пациенту проведена операция: удаление липомы под эндотрахеальным наркозом. На операции: произведен разрез кожи от угла нижней челюсти слева, несколько окаймляя его, параллельно краю нижней челюсти, до подбородочной области справа. Непосредственно подкожно выявлена истонченная *m. platysma*, в месте наибольшего выбухания в виде редких мышечных волокон. Рассечена *m. platysma*, определяется объемное образование из жировой ткани, состоящее из трех нечетко выраженных долей, покрытых тонкой оболочкой. У основания оболочка истончена и прорастает в межмышечные промежутки. Подчелюстная слюнная железа находится в толще опухоли. Опухоль выделена тупым путем, а у основания, до уровня и по ходу лопаточно-подъязычной мышцы, в месте прорастания, выделена острым путем. В связи с особенностью расположения подчелюстной слюнной железы произведено ее удаление в едином блоке. Фактически липома занимала весь объем между II и III фасциями шеи слева. Удаленное образование представляло опухоль, состоящую из жировой ткани 15\*12\*10 см, из трех долей, весом ~ 380 граммов. ПГИ № 8546 от 10.07.2013 — фрагменты липофибромы. Послеоперационный период спокойный. Рана зажила первичным натяжением. Рубец нормотрофический, плоский, розовый, гладкий, безболезненный. Эстетический результат хороший. Деформации нет.

Данный случай интересен тем, что опухоль представляет собой самое большое жировое новообразование, удаленное за всю историю нашего отделения.

Представляем фото только опухоли (рис. 1—3): пациент отказался от фотографий лица до и после операции. **DM**



Рис. 1. Удаленная опухоль.



Рис. 2. Удаленная опухоль.



Рис. 3. Удаленная опухоль.

1. Бахарев А.О. *Возможности МРТ в неинвазивной диагностике опухолей жировой ткани. Межмышечная липома (клиническое наблюдение)* // Вестник рентгенологии и радиологии. — 2001. — № 3. — С. 54-55.
2. Липомы // *Медицинская энциклопедия*. - Т.13. - С. 544-550.
3. Пачес А. И. *Опухоли головы и шеи*. — М.: Медицина, 1983. — 416 с.
4. Струков А.И. *Патологическая анатомия* / А.И. Струков, В.В. Серов.— М., 1995. — 688 с.
5. 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.
6. *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone* / Ed. by C.D.M. Fletcher, K.K. Unni, F. Mertens. — Lyon: IARC Press, 2002. — 257 p.

Рост липом не связан с общим состоянием организма, при истощении они продолжают накапливать жир. Иногда достигают больших размеров.