

УДК 617.52-006

РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ЛИПОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

© Н.А. Огнерубов, Е.Д. Улитина, О.Н. Огнерубова

Ключевые слова: липома мягких тканей; рецидивное течение.

Липомы мягких тканей представляют собой доброкачественные, медленно растущие опухоли жировой ткани и редко рецидивируют. Приведен весьма редкий случай рецидивирующей липомы мягких тканей плеча у пациента 65 лет на протяжении 13 лет.

Мягкие ткани составляют 2/3 массы тела, однако частота опухолей этой локализации составляет 2–5 % от всех новообразований взрослых людей [1]. Источником возникновения опухолей мягких тканей являются производные всех трех зародышевых листков – эктодермы, мезодермы и энтодермы. Причем, чаще всего опухоли мягких тканей развиваются из производных мезенхимы.

Одной из самых частых доброкачественных опухолей мягких тканей является липома – развивается из жировой ткани. На ее долю приходится 30–40 % [1]. Микроскопически опухоли состоят из долек зрелых адипоцитов, идентичных окружающей их жировой ткани с небольшими вариациями размеров и формы клеток [2]. Причем липомы могут локализоваться в любой части тела, включая стенки внутренних органов и забрюшинное пространство [1, 3]. Чаще всего они располагаются в верхней части спины, шеи, живота, проксимальных отделов конечностей, ягодиц и несколько реже – в области лица, голени и стопы [4].

Липомы встречаются в любом возрасте, а у женщин в 3–4 раза чаще [2]. Липомы нередко бывают множественными, иногда развиваются симметрично. Существуют многочисленные варианты зрелых жировых опухолей, которые имеют некоторые клинические и морфологические особенности строения. Величина опухоли составляет в среднем 1–5 см [5]. Однако в литературе описаны случаи, когда опухоли достигают огромных размеров и много килограммов веса [6, 7].

На сегодняшний день в литературе нет единого мнения о патогенезе развития липом. Некоторые авторы считают, что это всего лишь гипертрофированная жировая ткань, в то время как другие относят ее к истинным новообразованиям [7]. В том случае, если опухоли развиваются в областях, лишенных жировой ткани, было высказано предположение, что эти опухоли могут возникать в результате метапластического преобразования клеток соединительной ткани [7].

Клиническая картина липомы мягких тканей характерна и обычно не представляет трудности для диагностики. Пальпаторно опухоль имеет мягкую консистенцию, окружена хорошо выраженной капсулой и обладает подвижностью по отношению к окружающим тканям, а также не спаяна с кожей.

Лечение липом хирургическое [1–3, 7–10]. При внутримышечном и межмышечном расположении подчас требуется вскрытие и мобилизация нервно-сосудистых образований с целью радикального удаления опухоли. Кроме того, хирургическое удаление больших и рецидивирующих опухолей является весьма сложным, поскольку существует высокий риск возврата опухоли. Липомы рецидивируют в редких случаях, составляя от 1 до 5 % [4, 6]. Индекс малигнизации при липомах мягких тканей конечностей и туловища крайне низкий, в то время как забрюшинная локализация липом обладает высоким потенциалом озлокащивания. Причем быстрый рост опухоли, размеры более 5 см и межмышечная локализация липом является фактором риска малигнизации.

Мы наблюдали рецидивирующий вариант течения липомы мягких тканей в области верхней трети правого плеча. Больной Д., 65 лет, находился на лечении в МСЧ № 97 в марте 2013 г. Считает себя больным с 2000 г., когда впервые заметил появление опухоли в верхней трети правого плеча. По поводу чего в декабре 2000 г. ему было выполнено удаление опухоли в амбулаторных условиях. При гистологическом исследовании установлен диагноз – липома. Через год больной вновь заметил появление опухоли в области послеоперационного рубца, которая медленно стала расти. За медицинской помощью обратился в декабре 2004 г. При осмотре в области послеоперационного рубца в верхней трети правого плеча в толще мягких тканей пальпируется опухоль, размером 7,0×6,0 см неправильной формы, состоящая из отдельных узлов. Подвижность ограничена из-за инфильтрации подлежащих тканей. Установлен диагноз: рецидив липомы мягких тканей правого плеча. По поводу чего под общим обезболиванием выполнено удаление опухоли. Во время операции выявлено, что опухоль состоит из четырех узлов, размерами от 1,0 до 4,0 см в диаметре, которые как бы прорастают в мышцы. При микроскопическом исследовании в препарате определяются пучки атрофичных мышечных волокон, между которыми имеются разрастания долек жировой ткани. Диагноз: липома. В процессе динамического наблюдения через 2 года больной стал отмечать появление опухоли. За медицинской помощью обратился в 2009 г. в больницу

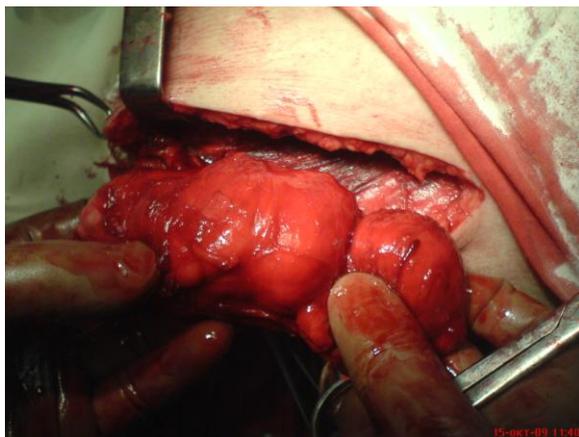


Рис. 1. Макропрепарат удаленной опухоли (2009 г.)



Рис. 2. Макропрепарат удаленной опухоли (2013 г.)

«Электроника», где в октябре выполнена операция в объеме удаления опухоли. Макроскопически опухоль состояла из четырех узлов (рис. 1).

При гистологическом исследовании установлен диагноз – липома.

В конце 2011 г. больной вновь стал замечать в области послеоперационного рубца появление опухолевых узлов, размеры которых стали интенсивно увеличиваться с января 2013 г. За медицинской помощью обратился в марте 2013 г. Выполнено УЗИ мягких тканей правого плеча и области плечевого сустава. При этом в мягких тканях указанной области в проекции послеоперационного рубца чуть ниже сустава лоцируются множественные образования повышенной эхоплотности с нечеткими контурами, размерами от 8,0×7,0 до 20,0×30,0 мм. Заключение: признаки узлов в мягких тканях. По поводу рецидива липомы мягких тканей больному выполнено оперативное вмешательство в объеме удаления опухоли. Во время операции в толще подкожно-жировой клетчатки с инфильтрацией мышц выявлено 10 узлов желтого цвета с нечеткими контурами, часть из которых имела хорошо выраженную капсулу. Эти узлы располагались в виде цепочки (рис. 2).

При микроскопическом исследовании все узлы однотипного строения образованы высокодифференцированными липоцитами с легкой анизоморфностью. Поля липоцитов разделены тяжами миофибробластов и группами липобластов. Определяются редко расположенные сосуды, окруженные миофибробластами. В мелких узлах – тяжи волокнистой ткани, инфильтрированные лимфоцитами. Гистологический диагноз: липома.

Рана зажила первичным натяжением, функциональных нарушений нет. Все гистологические препараты пересмотрены в отделении патоморфологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. Диагноз: картина соответствует липоме.

Приведенный случай свидетельствует о необычном, рецидивирующем течении липомы. На протяжении 13 лет пациенту было выполнено 4 оперативных вмешательства, из них 3 по поводу рецидива липомы. Несмотря на это, при гистологическом исследовании признаков атипичии и плеоморфизма не было выявлено. В связи с этим причину рецидива опухоли вероятнее всего можно объяснить оставлением в ране опухолевых клеток при выполнении оперативных вмешательств, особенно повторных. Методом лечения рецидивов липомы, безусловно, является хирургический.

ЛИТЕРАТУРА

1. Энциклопедия клинической онкологии: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. М.И. Давыдова, Г.Л. Вышковского. М.: РЛС, 2005. С. 365-366.
2. *Nielsen G.P., Mandahl N.* Lipoma // World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics. Tumours of Soft Tissue and Bone / eds. Fletcher C.D.M., Unni K., Mertens F. Lyon: IARC Press, 2002. P. 20-22.
3. Клиническая онкология / под ред. Н.Н. Блохина, Б.Е. Петерсона. М.: Медицина, 1971. Т. 1. С. 227-228.
4. *Weiss S.W., Goldblum J.R., Enzinger & Weiss* Soft tissue tumors. 4-th ed. St Louis: Mosby, 2001. P. 429.
5. *Debnath S.C., Saikia A.* Lipoma of the parotid gland extending from the superficial to the deep lobe: a rarity // Br. J. Oral. Maxillofac. Surg. 2010. V. 48 (3). P. 203-204.
6. *Batsakis J.G.* Tumors of the major salivary glands // Batsakis J.G. Tumors of the head and neck. Clinical and pathological considerations. Baltimore: Williams & Wilkins, 1979. P. 9.
7. *Barnes L.* Surgical pathology of the head and neck. 2-nd ed. N. Y.: Marcel Dekker Inc., 2001. P. 915-924.
8. *Brasfield R.D., Das Gupta TK.* Soft tissue tumors. Benign tumors of adipose tissue // CA Cancer J. Clin. 1969. V. 19 (1). P. 3-7.
9. *Hirshowitz B., Goldan S.* Giant lipoma of the back and neck: Case report // Plast Reconstruct Surg. 1973. V. 52 (3). P. 312-314.
10. *Silistireli O.K., Durmu E.U., Ulusal B.G., Oztan Y., Görgü M.* What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases // Br. J. Plast. Surg. 2005. V. 58 (3). P. 394-398.

Поступила в редакцию 10 июля 2013 г.

Ognerubov N.A., Ulitin E.D., Ognerubova O.N. RECURRENT SOFT TISSUE LIPOMA: CLINICAL OBSERVATION

Lipomas of soft tissues are benign, slowly growing adipose tissue tumors which rarely recur. An extremely rare case of recurrent soft tissue shoulder lipoma in a patient 65 years old for 13 years is shown.

Key words: lipoma of soft tissue; recurrent.