https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-2-136-140

Check for updates
CC BY 4.0

Липома слепой кишки, осложненная инвагинацией (клиническое наблюдение)

Огорельцев А.Ю.[1,2], Кочетков Ф.Д.[1,2], Бурмистрова С.С.[1] , Черныш И.А.[1]

[1]Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ул. Высоковольтная, д. 9, 390026, г. Рязань, Россия)
[2]Областная клиническая больница (ул. Интернациональная, д. 3А, г. Рязань, 390039, Россия)

РЕЗЮМЕ *ЦЕЛЬ: демонстрация клинического наблюдения осложненной липомы слепой кишки.*
ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: пациентка К. 62 лет, в течение полутора лет наблюдалась у проктолога с диагнозом: Липома восходящей ободочной кишки. Обратилась с жалобами на задержку стула и газов, боли в животе, была госпитализирована в колопроктологическое отделение в экстренном порядке с диагнозом: частичная кишечная непроходимость. При анализе данных РКТ ОБП возникло подозрение на наличие инвагинации правого фланга ободочной кишки, было принято решение об оперативном лечении. Выполнена лапароскопическая гемиколэктомия справа.
РЕЗУЛЬТАТЫ: липомы толстой кишки являются доброкачественными опухолями, которые протекают бессимптомно, в большинстве случаев являются случайной находкой при проведении видеоколоноскопии и не требуют лечения. Но увеличение опухоли в размере может приводить к развитию осложнений, при которых применяется хирургическое лечение.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: авторами представлено клиническое наблюдение пациентки 62 лет с липомой слепой кишки, осложненной инвагинацией ободочной кишки, потребовавшей хирургической коррекции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *липома, доброкачественное новообразование, инвагинация*

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: *авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Огорельцев А.Ю., Кочетков Ф.Д., Бурмистрова С.С., Черныш И.А. Липома слепой кишки, осложненная инвагинацией (клиническое наблюдение). *Колопроктология.* 2025; т. 24, № 2, с. 136–140. https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-2-136-140

Lipoma of the cecum complicated by intussusception (clinical case)

Alexander Yu. Ogoreltsev[1,2], Fedor D. Kochetkov[1,2], Svetlana S. Burmistrova[1], Ivan A. Chernysch[1]

[1]Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov (Vysokovoltnaya st., 9, Ryazan, 390026, Russia)
[2]Regional Clinical Hospital (Internatsionalnaya st., 3A, Ryazan, 390039, Russia)

ABSTRACT *AIM: to present clinical case of complicated cecal lipoma.*
PATIENTS AND METHODS: patient K., 62 years old, with one and a half years with a diagnosis of ascending colon lipoma with bloating, abdominal pain, was hospitalized in the coloproctology unit in an emergency with a diagnosis of partial intestinal obstruction. When analyzing the data of RCT of OBP, there was a suspicion of intussusception of the right colon, and a decision was made on surgical treatment. Laparoscopic right hemicolectomy was done.
RESULTS: colon lipomas are benign tumors that are asymptomatic, are mostly random findings during video colonoscopy, and do not require treatment. But an increase in the size of the tumor can lead to the development of complications for which surgical treatment is used.
CONCLUSION: the authors present a clinical case of a 62-year — old female patient with cecal lipoma complicated by colon intussusception, which required surgical correction.

KEYWORDS: *lipoma, benign neoplasm, intussusceptions*

CONFLICT OF INTEREST: *the authors declare no conflict of interest*

FOR CITATION: Ogoreltsev A.Yu., Kochetkov F.D., Burmistrova S.S., Chernysch I.A. Lipoma of the cecum complicated by intussusception (clinical case). *Koloproktologia.* 2025;24(2):136–140. (in Russ.). https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-2-136-140

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: *Бурмистрова Светлана Сергеевна, Рязанский государственный медицинский университет имени академика*

И.П. Павлова, ул. Высоковольтная, д. 9, 390026, Рязань, Россия; тел.: +7 (980) 502-47-64; e-mail: Svetick.Burmistrova@yandex.ru
ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: *Burmistrova Svetlana Sergeevna, Ryazan State Medical University, Vysokovoltnaya st., 9, Ryazan, 390026, Russia; tel.: +7 (980) 502-47-64; e-mail: Svetick.Burmistrova@yandex.ru*

Дата поступления — 05.12.2024 *После доработки — 06.03.2025* *Принято к публикации — 29.04.2025*
Received — 05.12.2024 *Revised — 06.03.2025* *Accepted for publication — 29.04.2025*

ВВЕДЕНИЕ

Липома толстой кишки — доброкачественная опухоль жировой ткани, которая является редкой патологией. Частота развития липомы среди других доброкачественных новообразований толстой кишки составляет 0,035–4,4% [1,3]. Обычно липомы располагаются в подслизистом слое толстой кишки (до 90%), но встречаются случаи субсерозного и интрамукозного расположения [3,5].

Наиболее распространенная локализация — правые отделы ободочной кишки (около 70%). Липомы ободочной кишки чаще обнаруживаются у женщин, причем у мужчин они располагаются, в основном, в левых отделах, а у женщин — в правых [1,5]. В 90% случаев они представляют собой солитарные опухоли, хотя описаны случаи множественных новообразований [6].

Размеры липом колеблются от нескольких миллиметров до 30 сантиметров, опухоли крупнее 4 см относят к гигантским, и характеризуются симптомным течением у 75% пациентов [3,5]. Симптомы гигантских липом чаще всего представлены признаками инвагинации (19%), редко: кровотечением (10%), обтурационной кишечной непроходимостью (7%) [3]. Однако в большинстве случаев данная патология протекает бессимптомно (до 80% случаев), и обнаружение новообразования является случайной находкой во время различных инструментальных исследований [2].

Клиническое наблюдение

Пациентка К. 62 лет, в течение полутора лет наблюдалась у проктолога с диагнозом: Липома восходящей ободочной кишки. Вначале заболевание протекало бессимптомно.

Впервые липома была обнаружена при проведении видеоколоноскопии в марте 2023 года: в восходящей кишке подслизистое образование округлой формы диаметром около 8 см, подвижное, полностью перекрывающее просвет, располагается на длинной дупликатуре слизистой, при пальпации мягкоэластичное, слизистая над ним отечная и ярко гиперемирована, в восходящей кишке эпителизирующиеся язвы до 5 × 6 мм с грануляциями. Взята биопсия. Гистологическое заключение: воспалительный фиброзный полип, хронический (ишемический) колит.

По данным РКТ от 12.04.2023: в слепой кишке определяется гиподенсное образование жировой плотности — 105 ед.Н, размером 9,3 × 5,3 см, не накапливающее контрастное вещество (вероятно, липома). Структурные изменения восходящей ободочной кишки с переходом на слепую (более вероятно, воспалительно-ишемического характера).

Учитывая наличие изменений в восходящей ободочной кишке (язвы, грануляции), пациентка получала лечение: диетотерапия, противовоспалительная терапия (месалазин).

На контрольной видеоколоноскопии 19.07.2024: в восходящей ободочной кишке гигантское образование 8 см, полностью перекрывающее просвет; провести аппарат за него не удалось.

Контрольная РКТ органов брюшной полости 2.08.2024: от уровня баугиниевой заслонки внутрипросветное образование, полностью выполняющее просвет восходящего отдела 14,2 × 6,3 × 5,3 см, структура которой выполнена жировой тканью с наличием сосудистой ножки. Кровоснабжение: ветвь подвздошно-ободочной артерии. Образование имеет сформированную капсулу. Заключение: КТ картина крупной липомы баугиниевой заслонки с субтотальным выполнением просвета восходящего отдела толстой кишки, без признаков экстраорганного распространения и малигнизации. Признаков кишечной непроходимости не выявлено.

09.09.2024 пациентка обратилась в колопроктологическое отделение ГБУ РО ОКБ с жалобами на периодические спастические боли в нижних отделах живота, задержку стула. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. Показатели гемодинамики стабильные. Живот подвздут, мягкий, незначительно болезненный в правом мезогастрии, где пальпируется округлое плотное малосмещаемое образование значительных размеров. Перистальтика активная. Газы отходят. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул нерегулярный, без примесей, с задержкой до 2–3 суток.

Учитывая клинику и анамнез, была госпитализирована в колопроктологическое отделение в экстренном порядке с диагнозом: частичная кишечная непроходимость.

При анализе данных РКТ от 2.08.2024 возникло подозрение на наличие инвагинации правого фланга ободочной кишки (Рис. 1,2). После дообследования

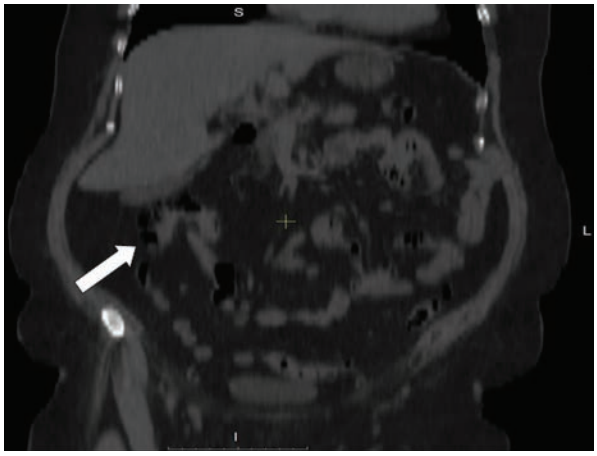

Рисунок 1. *Наличие инвагинации правого фланга ободочной кишки*
Figure 1. *Presence of intussusception of the right flank of the colon*

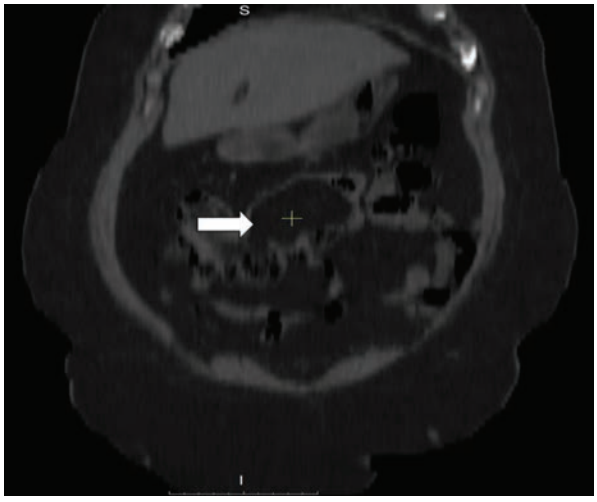

Рисунок 2. *Наличие инвагинации правого фланга ободочной кишки*
Figure 2. *Presence of intussusception of the right flank of the colon*

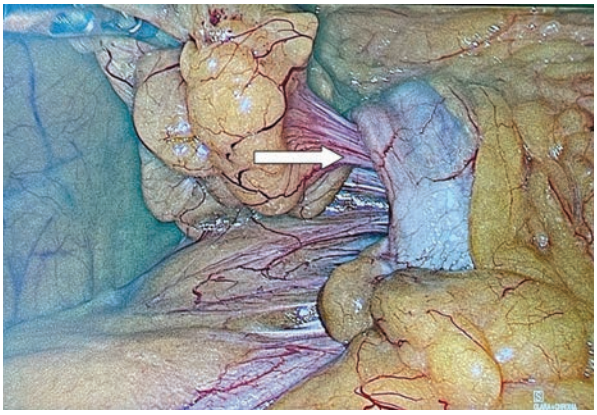

Рисунок 3. *Инвагинат слепой кишки в восходящую ободочную кишку до уровня печеночного изгиба*
Figure 3. *Invaginate the cecum into the ascending colon to the level of the hepatic bend*

(лабораторные анализы, УЗИ сосудов, УЗИ сердца, ФГДС) было принято решение об оперативном лечении.

11.09.2024 выполнена лапароскопическая гемиколэктомия справа. На операции: в правом мезогастрии и гипогастрии выявлен умеренный спаечный процесс, произведен адгезиолизис. При ревизии определялся инвагинат слепой кишки в восходящую ободочную кишку до уровня печеночного изгиба (Рис. 3), в просвете — образование значительного размера (Рис. 4). Выполнена правосторонняя гемиколэктомия с формированием экстракорпорального илеотрансверзоанастомоза «бок-в-бок» линейным степлером.

Патологоанатомическое исследование операционного материала. Макро: В области купола слепой кишки и илеоцекального клапана определяется

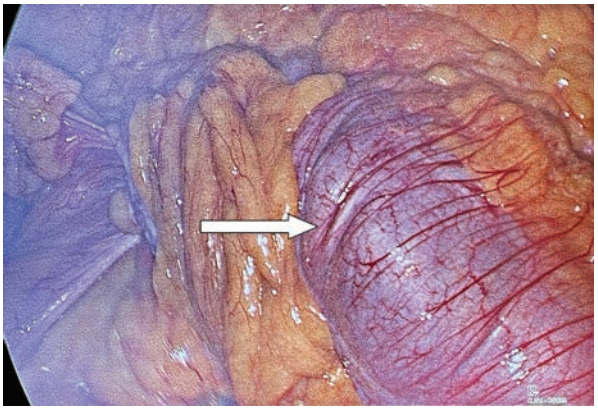

Рисунок 4. *Образование (липома) значительного размера*
Figure 4. *Formation (lipoma) of considerable size*

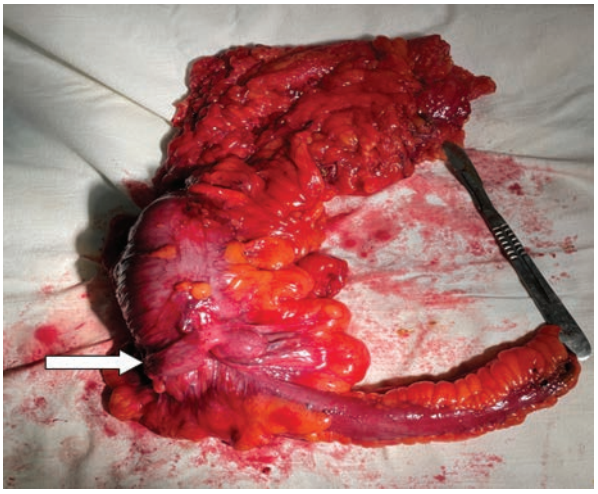

Рисунок 5. *Подслизистое образование 75 × 30 × 25 мм, с соединительно-тканной капсулой 0,1–0,2 см и единичными жировыми некрозами*
Figure 5. *A submucous formation of 75 × 30 × 25 mm is determined, with a connective tissue capsule of 0.1–0.2 cm and single fatty necroses*

подслизистое образование 75 × 30 × 25 мм, с соединительно-тканной капсулой 0,1–0,2 см. и единичными жировыми некрозами (Рис. 5,6). Микро: фрагменты стенки толстой кишки с ростом липомы на протяжении 75 мм.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 7-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Липома слепой кишки относится к редким новообразованиям желудочно-кишечного тракта. Современные методы обследования позволяют с достаточной точностью установить доброкачественный характер новообразования [2].

В данном клиническом наблюдении гигантская опухоль протекала бессимптомно длительный период времени. Изменения в области восходящей ободочной кишки, обнаруженные при первой колоноскопии, принятые за ишемические, возможно, были связаны с интермиттирующей инвагинацией и нарушением кровообращения в стенке кишки.

Появление клинических симптомов требует от врача внимательного анализа данных дополнительных методов обследования, в том числе РКТ на цифровых носителях [4]. В заключении по томографии не было отмечено признаков инвагинации, хотя при визуализации цифровых данных они присутствовали.

Несмотря на осложненное течение заболевания, был выбран малоинвазивный способ хирургического лечения, который привел к быстрому излечению и восстановлению трудоспособности.

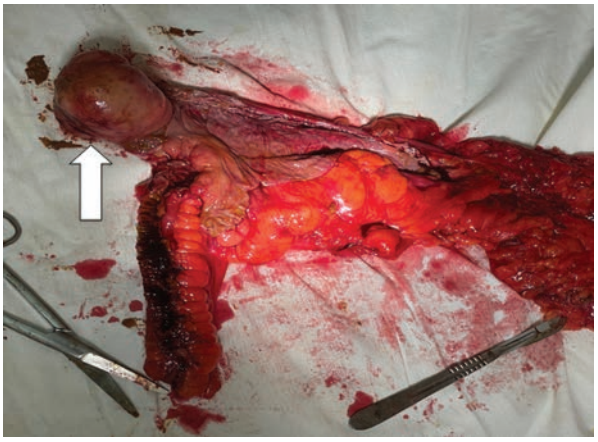

Рисунок 6. *Подслизистое образование 75 × 30 × 25 мм, с соединительно-тканной капсулой 0,1–0,2 см и единичными жировыми некрозами*

Figure 6. *A submucous formation of 75 × 30 × 25 mm is determined, with a connective tissue capsule of 0.1–0.2 cm and single fatty necroses*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представлен клинический случай успешного лечения гигантской липомы слепой кишки, осложненной инвагинацией, с применением малоинвазивных технологий.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ

Концепция и дизайн исследования: *Огорельцев А.Ю., Кочетков Ф.Д.*
Сбор и обработка материалов: *Бурмистрова С.С.*
Статистическая обработка: *Черныш И.А.*
Написание текста: *Бурмистрова С.С.*
Редактирование: *Огорельцев А.Ю., Кочетков Ф.Д.*

AUTHORS CONTRIBUTION

Concept and design of the study: *Alexander Yu. Ogoreltsev, Fedor D. Kochetkov*
Collection and processing of the material: *Svetlana S. Burmistrova*
Statistical processing: *Ivan A. Chernysch*
Writing of the text: *Svetlana S. Burmistrova*
Editing: *Alexander Yu. Ogoreltsev, Fedor D. Kochetkov*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ (ORCID)

Огорельцев А.Ю. — к.м.н., доцент, доцент кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, врач-колопроктолог отделения колопроктологии ГБУРО «ОКБ», ORCID 0000-0002-1797-5563, eLibrary SPIN: 8678–5289

Бурмистрова С.С. — ординатор кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ, ORCID 0000-0001-9331-6634, eLibrary SPIN: 5627–1537

Кочетков Ф.Д. — ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, врач-хирург хирургического отделения ГБУРО «ОКБ», ORCID 0000-0001-6646-8595, eLibrary SPIN: 9806–5369

Черныш И.А. — студент 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, ORCID 0009-0000-2215-2847

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS (ORCID)

Alexander Yu. Ogoreltsev — ORCID 0000-0002-1797-5563, eLibrary SPIN: 8678–5289

Svetlana S. Burmistrova — ORCID 0000-0001-9331-6634, eLibrary SPIN: 5627–1537

Fedor D. Kochetkov — ORCID 0000–0001–6646–8595, eLibrary SPIN: 9806–5369

Ivan A. Chernysch — ORCID 0009-0000-2215-2847

ЛИТЕРАТУРА

1. Fiordaliso M, Lovaglio UM, De Marco FA, et al. Colonic lipoma, a rare cause of intestinal intussusception: A narrative review and how to diagnose it. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Sep 27;103(39):e39579. doi: 10.1097/MD.0000000000039579 PMID: 39331924; PMCID: PMC11441952.
2. Gordon RT. Lipoma of the Colon. *Archives of Surgery*. 1978;113(7):897. doi: 10.1001/archsurg.1978.01370190119026
3. Bardají M, Roset F, Camps R, et al. Symptomatic colonic lipoma: differential diagnosis of large bowel tumors. *Int J Colorectal Dis*. 1998;13(1):1–2. doi: 10.1007/s003840050122 PMID: 9548092.
4. Jiang L, Jiang LS, Li FY, et al. Giant submucosal lipoma located in the descending colon: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2007 Nov 14;13(42):5664–7. doi: 10.3748/wjg.v13.i42.5664 PMID: 17948945; PMCID: PMC4172750.
5. Nallamothu G, Adler DG. Large colonic lipomas. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2011 Jul;7(7):490–2. PMID: 22298986; PMCID: PMC3264900.
6. Zhang H, Cong JC, Chen CS, et al. Submucous colon lipoma: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2005 May 28;11(20):3167–9. doi: 10.3748/wjg.v11.i20.3167 PMID: 15918213; PMCID: PMC4305863.

REFERENCES

1. Fiordaliso M, Lovaglio UM, De Marco FA, et al. Colonic lipoma, a rare cause of intestinal intussusception: A narrative review and how to diagnose it. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Sep 27;103(39):e39579. doi: 10.1097/MD.0000000000039579 PMID: 39331924; PMCID: PMC11441952.
2. Gordon RT. Lipoma of the Colon. *Archives of Surgery*. 1978;113(7):897. doi: 10.1001/archsurg.1978.01370190119026
3. Bardají M, Roset F, Camps R, et al. Symptomatic colonic lipoma: differential diagnosis of large bowel tumors. *Int J Colorectal Dis*. 1998;13(1):1–2. doi: 10.1007/s003840050122 PMID: 9548092.
4. Jiang L, Jiang LS, Li FY, et al. Giant submucosal lipoma located in the descending colon: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2007 Nov 14;13(42):5664–7. doi: 10.3748/wjg.v13.i42.5664 PMID: 17948945; PMCID: PMC4172750.
5. Nallamothu G, Adler DG. Large colonic lipomas. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2011 Jul;7(7):490–2. PMID: 22298986; PMCID: PMC3264900.
6. Zhang H, Cong JC, Chen CS, et al. Submucous colon lipoma: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2005 May 28;11(20):3167–9. doi: 10.3748/wjg.v11.i20.3167 PMID: 15918213; PMCID: PMC4305863.