

# ГИГАНТСКАЯ ЛИПОМА БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ. СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ

Пиханов Р. В., Колодяжный М. А., Турянчик М. М.  
СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», (Санкт-Петербург, Россия)

Пиханов Руслан Витальевич, заведующий отделением эндоскопии  
Колодяжный Михаил Андреевич, врач-хирург, онколог, колопроктолог  
Турянчик Михаил Михайлович, врач-эндоскопист, хирург

Для переписки:

Пиханов  
Руслан  
Витальевич  
Ruslan V.  
Pihanov

e-mail:  
ruslan\_doctor  
@mail.ru

## РЕЗЮМЕ

Липомы, локализующиеся в области Баугиниевой заслонки, могут достигать больших размеров и сопровождаться такими клиническими симптомами, как абдоминальная боль, кишечная непроходимость, кровотечение. Мы представляем случай 63-летней пациентки с болевым синдромом в правой подвздошной области, у которой при амбулаторном обследовании выявлена липома восходящей ободочной кишки больших размеров. После дополнительного обследования в нашей клинике было выполнено

эндоскопическое удаление гигантской липомы, исходящей из нижней губы Баугиниевой заслонки, методом эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) с хорошим результатом. Особенностью данного случая стала возможность эндоскопического удаления липомы больших размеров благодаря взвешенному подходу, последовательности принятия решений, эффективному использованию гравитации при изменении положения тела пациента в ходе оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** липома толстой кишки, липома Баугиниевой заслонки, эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD).

**Для цитирования:** Пиханов Р. В., Колодяжный М. А., Турянчик М. М. Гигантская липома Баугиниевой заслонки. Случай успешного эндоскопического удаления. *Клиническая эндоскопия*. 2024;67(1):90-93. doi: 10.31146/2415-7813-endo-67-1-90-93

## GIANT LIPOMA OF THE BAUHIN'S VALVE. A CASE OF SUCCESSFUL ENDOSCOPIC REMOVAL

R. V. Pikhonov, M. A. Kolodyazhny, M. M. Turyanchik  
St. Luke's Clinical Hospital, (St. Petersburg, Russia)

Ruslan V. Pihanov, Head of the Endoscopy Department  
Mikhail A. Kolodyazhny, surgeon, oncologist, proctologist  
Mikhail M. Turyanchik, endoscopist, surgeon

## SUMMARY

Lipomas localized in the Bauhin's valve area can reach large sizes and be accompanied by such clinical symptoms as abdominal pain, intestinal obstruction, bleeding. We present a case of a 63-year-old female patient with pain syndrome in the right iliac region, in whom a large lipoma of the ascending colon was detected during an outpatient examination. After additional examination, endoscopic removal of a giant

lipoma originating from the lower lip of the Bauhin's valve was performed in our clinic using endoscopic submucosal dissection (ESD) with a good result. A special feature of this case was the possibility of endoscopic removal of a large-sized tumor due to a balanced approach, consistency of decision-making, and effective use of gravity when changing the patient's body position during surgery.

**Keywords:** colon lipoma, Bauhin's valve lipoma, endoscopic submucosal dissection (ESD).

**For citation:** Pikhonov R. V., Kolodyazhny M. A., Turyanchik M. M. Giant lipoma of the Bauhin's valve. A case of successful endoscopic removal. *Filin's Clinical endoscopy*. 2024;67(1):90-93. (in Russ.) doi: 10.31146/2415-7813-endo-67-1-90-93

EDN: GZWGUT



## ВВЕДЕНИЕ

Липомы желудочно-кишечного тракта – это доброкачественные субэпителиальные образования, развивающиеся, обычно, из подслизистой основы. Липомы составляют 0,035–4,4% доброкачественных образований желудочно-кишечного тракта и могут локализоваться в любом его отделе. В большинстве случаев липомы являются бессимптомными, однако при локализации в подвздошной кишке или в области Баугиниевой заслонки и достижении размеров более 20 мм могут проявляться такими абдоминальными симптомами, как боль, диарея, инвагинация, кишечная непроходимость, кровотечение. Основными методами диагностики являются илеоколоноскопия, компьютерная томография. Эндоскопически липомы выглядят как субэпителиальные желтоватые образования с неизменным рельефом слизистой оболочки, мягкоэластической консистенции при инструментальной пальпации. При нативной компьютерной томографии липома представлена массой жировой плотности [1]. Большие, симптомные и осложненные липомы подлежат хирургическому лечению. Выбор метода лечения (эндоскопический, лапароскопический, хирургический) зависит от локализации, размеров образования, состояния пациента, технических возможностей лечебного учреждения, навыков оперирующего специалиста [2, 3, 4].

В настоящее время все большее распространение получают минимально инвазивные методы удаления липом ЖКТ (лапароскопия, эндоскопия). При этом развитие эндоскопической техники, разнообразие инструментов и методик, позволяет расширять показания для безопасного эндоскопического удаления симптомных субэпителиальных образований ЖКТ. В отечественных публикациях описаны единичные случаи удаления больших липом тонкой и толстой кишки с применением методики петлевой электроэксцизии [2, 4].

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка М., 63 лет, поступила в хирургическое отделение СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки» в плановом порядке 04.09.2024 г. При поступлении предъявляла жалобы на периодические боли, дискомфорт в правой подвздошной области, склонность к запорам. Амбулаторно при колоноскопии выявлено новообразование толстой кишки: «В просвете слепой кишки определяется субэпителиальное новообразование вытянутой формы, свободно пролабирующее в просвет,

протяженностью до 60 мм, шириной до 30 мм, нижняя губа Баугиниевой заслонки является основанием данного образования, диаметр основания 23–24 мм. При инструментальной пальпации образование мягкой консистенции, подвижное, слизистая оболочка над ним не изменена». КТ органов брюшной полости от 31.05.2024 г.: «В области печеночного изгиба ободочной кишки в просвете определяется образование жировой плотности размерами 50x33x41 мм».

Поступила для хирургического лечения. В рамках предоперационной диагностики и определения лечебной тактики 05.09.2024 г. выполнена видеоколоноскопия, при этом выявлено, что из нижней губы Баугиниевой заслонки исходит субэпителиальное образование овоидной формы, размерами 30x50 мм с формированием короткой псевдоножки до 25 мм шириной, слизистая оболочка над образованием характерна для устья Баугиниевой заслонки (Рис. 1, 2). С учетом доступности образования, его подвижности и наличия псевдоножки пациентке была предложена попытка эндоскопического удаления образования в условиях операционной с возможной конверсией в лапароскопию, лапаротомию в случае технической неудачи. В ходе планирования оперативного вмешательства обсуждалась возможность петлевой электрорезекции образования с предварительным лигированием основания пластиковой лигатурой «Endoloop» (Olympus), а также удаления методом диссекции в подслизистом слое (ESD). Следует сказать, что при дооперационной колоноскопии положение на левом боку обеспечивало доступ к основанию образования на границе с устьем Баугиниевой заслонки.

10.09.2024 г. под эндотрахеальным наркозом на оборудовании фирмы «Olympus» (видео-система EVIS EXERA III, колоновидеоскоп CF-N185L с дистальным прозрачным колпачком, CO<sub>2</sub>- инсуффлятор UCR, ирригационная помпа OFP2) в условиях гибридной интегрированной операционной «MVS» выполнена тотальная колоноскопия. Первым этапом предпринята попытка наложения пластиковой лигатуры, однако размеры и масса образования, а также ограниченное пространство для маневра, не позволили провести данное вмешательство. Вопрос о петлевой резекции без предварительного затягивания пластиковой лигатуры не рассматривался ввиду отсутствия эффективного эндоскопического контроля за возможным массивным кровотечением. С учетом контролируемого доступа к основанию образования в области нижней губы Баугиниевой



Рис. 1. Липома, исходящая из нижней губы Баугиниевой заслонки  
Fig. 1. Lipoma arising from the lower lip of the Bauhin's valve

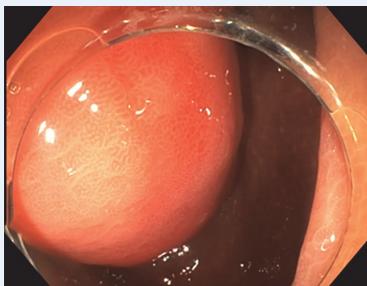


Рис. 2. Эпителий устья Баугиниевой заслонки, покрывающий липому  
Fig. 2. Epithelium of the orifice of the Bauhin's valve covering the lipoma



Рис. 3. Попытка наложение пластиковой лигатуры на основание липомы  
Fig. 3. An attempt to apply a plastic ligature on the root of the lipoma



Рис. 4. Формирование доступа в подслизистое пространство по верхнему краю основания опухоли при помощи ножа I-типа  
Fig. 4. Performing the access to the submucosal space along the upper edge of the root of the tumor using an I-type knife

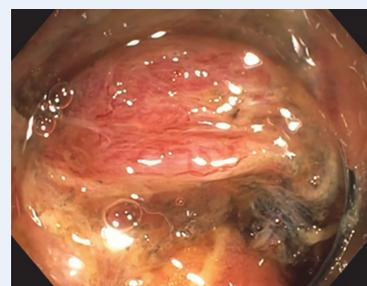


Рис. 5. Крупные питающие сосуды в основании опухоли  
Fig. 5. Large feeding vessels at the root of the tumor



Рис. 6. Инъекция физ. раствора в нижний край основания опухоли после поворота пациентки на правый бок  
Fig. 6. Injection of saline solution into the lower edge of the root of the tumor after turning the patient onto her right side



Рис. 7. Формирование доступа в подслизистый слой по нижнему краю основания опухоли  
Fig. 7. Performing the access to the submucosal layer along the lower edge of the root of the tumor



Рис. 8. Диссекция при помощи ножа IT-knife после циркулярного разреза слизистой  
Fig. 8. Dissection using an IT-knife after a circular incision of the mucosa



Рис. 9. Финальный разрез  
Fig. 9. Final cut



Рис. 10. Клипирование питающих сосудов в основании опухоли  
Fig. 10. Clipping of feeding vessels at the root of the tumor



Рис. 11. Вид Баугиниевой заслонки после удаления опухоли  
Fig. 11. View of the Bauhin's valve after specimen extraction



Рис. 12. Удаленная опухоль  
Fig. 12. Removed tumor

заслонки принято решение об эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD).

Для создания гидростатической «подушки» в основание новообразования введен Sol.Natrii Cloridi 0,9%-5,0ml, подкрашенный 0,5% раствором индиго карминового, при этом достигнут достаточный лифтинг. Ножом I-type выполнен разрез слизистой оболочки с частичной диссекцией в подслизистом слое по верхнему краю основания. Далее позиционирование эндоскопа для дальнейших контролируемых манипуляций оказалось сопряжено с техническими сложностями. Выполнен поворот пациентки на правый бок, после чего образование переместилось в восходящую ободочную кишку с частичным поворотом и натяжением слизистой оболочки в области основания таким образом, что ранее недоступный нижний край основания стал доступным для манипуляций. Далее после предварительной инъекции физиологического раствора, подкрашенного индиго карминовым продолжена диссекция в подслизистом слое. При помощи ножей I-type, IT-knife выполнено отсечение образования (электронож ESG-300 'Olympus') на режиме ForceCoag-240W, PulseCutSlow 120W. Текущий гемостаз SoftCoag 50W. По ходу диссекции все крупные сосуды выделены и предварительно обработаны коаграспером в режиме мягкой коагуляции SoftCoag 50W. Питающий сосуд в области основания клипирован (1 клипса). С техническими сложностями (застывание при тракции в области изгибов кишки) удаленное образование извлечено наружу (Рис. 3–12).

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка выписана на 3-е сутки после операции.

#### Патогистологическое заключение:

*Макроскопическое описание:* Подслизистое образование размером 60x70x40мм на разрезах представлено жировой тканью.

*Микроскопическое описание:* стенка толстой кишки с субмукозным образованием, представленным зрелой жировой тканью.

*Заключение:* Морфологическая картина липомы стенки толстой кишки.

## ВЫВОДЫ

Современное развитие эндоскопии позволяет удалять достаточно крупные субэпителиальные доброкачественные образования толстой кишки, сохраняя нормальное анатомическое и функциональное состояние органа, минимизируя операционную травму и риски оперативного вмешательства.

Минимальная инвазивность эндоскопической операции способствует ранней активизации и выписке пациента из стационара, тем самым повышает экономическую эффективность.

Выполнение подобных оперативных вмешательств требует взвешенного мультидисциплинарного подхода, оснащенной операционной, современного эндоскопического оборудования с периферическим оснащением (CO<sub>2</sub> инсуффлятор, водоструйная помпа), готовности хирургической бригады к конверсионным решениям.

Гравитация при выполнении эндоскопических оперативных вмешательств имеет решающее значение, позволяя улучшать позицию при изменении положения тела и находить выход из, казалось бы, безвыходных ситуаций.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Yamazaki H., Minato Y., Madhu D. et al. Extraction of terminal ileal lipomas to cecum can facilitate endoscopic resection: A case series with video. DEN Open. 2024 Apr 30;5(1): e375. doi: 10.1002/deo2.375.
2. Zaharova Ja.S., Kosenko P. M., Cekatunov D. A., Zaharov S. V. The case of giant lipoma of ileocecal valve in young patient removed during colonoscopy. Far Eastern medical journal. 2017;(2):102–104. (in Russ.) Захарова Я. С., Косенко П. М., Цекатунов Д. А., Захаров С. В. Случай гигантской липомы Баугиниевой заслонки, удаленной при колоноскопии, у пациентки молодого возраста. Дальневосточный медицинский журнал. 2017;(2):102–104.
3. Kasapidis P. Endoscopic resection of a giant pedunculated lipoma arising from the ileocecal valve and causing ileocolic intussusception. Endoscopy. 2023 Dec;55(S 01): E501-E502. doi: 10.1055/a-2032-3418.
3. Kashin S. V., Matvienko N. A., Galkova Z. V., Perfil'ev I. B., Cherepanin A. I. The endoscopic removal of a large-size intestinal lipoma. Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology. 2018;7(2):7079. (In Russ.) doi: 10.17116/dokgastro20187270. Кашин С. В., Матвиенко Н. А., Галкова З. В., Перфильев И. Б., Черепанин А. И. Эндоскопическое удаление интестинальной липомы больших размеров. Доказательная гастроэнтерология. 2018;7(2):7079. doi: 10.17116/dokgastro20187270.