

ХВОРОБА МАДЕЛУНГА

Кисельов І.С., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.

СумДУ, медичний інститут, кафедра загальної хірургії

Ліпоматоз Маделунга відноситься до числа рідких захворювань, маловідомих широкому загалу лікарів. Вперше описаний В. Brodie в 1846 році і більш детально О. Madeilung у 1888 році. В світовій літературі описано всього біля 200 випадків. Це викликає труднощі в діагностиці і своєчасному направленні для хірургічного лікування. Клінічно захворювання характеризується масивним поступовим розростанням жирової тканини в області шиї і верхньої частини тулуба. При мікроскопічному дослідженні ліпоматозні пухлини подібні до жирової тканини. Їх джерелом є міжфасціальна жирова тканина, яка розташована в міжфасціальних просторах. Лікування цього захворювання тільки хірургічне. Лікувальне голодування, спеціальні безжирові дієти і призначення ліпотропних препаратів не приводить до зменшення в об'ємі ліпоматозних мас. Залежно від розповсюдження ліпоматозу виділяють 4 стадії захворювання. Враховуючи рідкість захворювання, наводимо наше спостереження. Пацієнт 48 років госпіталізований у хірургічне відділення зі скаргами на масивні розростання жирової тканини в області шиї, міжлопатковій зоні, верхній частині тулуба і в калитці. Шия мала хомутоподібний вигляд, рухи головою обмежені. Калитка мала гігантські розміри (30x40 см). Діагностовано ліпоматоз Маделунга IV стадії. Основні задачі хірургічного лікування: максимальне видалення ліпоматозних мас, відновлення порушеної статевої функції, досягнення найбільшого косметичного ефекту. Оперативне втручання у зв'язку з розповсюдженням ліпоматозного процесу проведено в два етапи: на першому етапі у хворого під спінальною анестезією через широкий надлобковий розріз видалено із калитки більше 3,5 кг жирової клітковини. В післяопераційному періоді хворий отримував антибактеріальну терапію, перев'язки, спостерігалось тривале виділення серозно-геморагічного ексудату через контраперитурі в нижніх полюсах калитки. Рана загоїлась первинним натягом. Калитка мала розміри 12x15 см, відновились статеві функції. На другому етапі пацієнту під ендотрахеальним наркозом коміроподібним розрізом під нижньою щелепою розсічена шкіра, нижній клапоть шкіри широко відсепаровано, а надлишок його видалено. Жирова тканина розташована між платизмою і глибокими м'язами шиї. Листки шийної фасції не визначаються. Жирова тканина виділена із передньої і бокових поверхонь шиї, з фасціальних футлярів судинно-нервових пучків, загальною масою більше 3 кг. Рана дренована трубчатими дренажами. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Таким чином, хірургічне лікування хвороби Маделунга дозволяє отримати позитивний психологічний, косметичний і функціональний ефект, ліквідує компресію органів шиї. Пацієнтів із такою патологією необхідно частіше направляти на хірургічне лікування.