

РЕЗЕКЦИЯ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ ЛИМФАНГИОМЫ БРЫЖЕЙКИ У ДЕВОЧКИ 10 ЛЕТ

Лимфангиома – доброкачественная врожденная опухоль, состоящая из множества тонкостенных кист различных размеров, от узелков диаметром 0,2-0,3 см до крупных образований, являющихся формой атипично развитых лимфатических сосудов. Лимфангиомы составляют примерно 9–10% всех доброкачественных новообразований в онкопедиатрии. Большая часть лимфангиом (95%) локализуется в подмышечной области и на шее, остальные 5% приходятся на забрюшинное пространство, органы брюшной полости, брыжейку, легкие, средостение. Абдоминальные лимфангиомы наиболее часто локализуются в брыжейке. Достигая значительных размеров в процессе своего роста, абдоминальные лимфангиомы могут вызывать компрессию окружающих сосудов, нервов, что приводит к появлению болевого синдрома, интенсивность которого может быть весьма значительной. Реже развиваются такие серьезные осложнения, как непроходимость кишечника и инфаркт стенки кишки. Несмотря на доброкачественный характер, лимфангиомы обладают склонностью к инфильтративному росту, нередко рецидивируют, могут подвергаться воспалению.

Девочка П., 10 лет (25.04.2012 г. рождения) поступила с жалобами на постоянные боли в животе больше в правой половине, периодические подъемы температуры до фебрильных значений. Родители обратились в частную клинику, где после осмотра хирургом с подозрением на острый аппендицит была рекомендована госпитализация в хирургический стационар. С 28.06.22 по 05.07.22 находилась на обследовании в НИИ НДХиТ, где при выполнении УЗИ и КТ было выявлено больших размеров многокамерное кистозное новообразование брюшной полости. После заочной консультации пациентка была госпитализирована в ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения г. Москвы» (НПЦ) для дообследования и лечения.

Состояние при поступлении оценено как средней тяжести. Жалобы на умеренные боли в животе. При осмотре: размер живота увеличен за счет выбухания в нижних отделах, имеются видимые на глаз крупные узловатые выпячивания в нижних отделах. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, регистрируется болезненность в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Окружность живота на уровне пупка - 58 см. Пальпаторно определяется новообразование с полициклическими контурами, эластичной консистенции, несмещаемое, умеренно болезненное, размерами около 20 см. в наибольшем измерении (рис. 1а, б).

Пациентке выполнена компьютерная томография (КТ) с внутривенным контрастным усилением: выявляется многополостное кистозное образование сложной разветвленной формы в виде множества кист различных размеров, располагающееся преимущественно в среднем и нижнем отделах брюшной полости (больше справа), стелющееся в корне брыжейки тонкой кишки, между петлями тонкого кишечника, в подвздошных областях с двух сторон, в области

правого латерального канала, где находятся полости наибольшего объема. Нижний отдел аорты и обе общие подвздошные артерии проходят в толще опухоли. Через компоненты новообразования проходит терминальный отдел подвздошной кишки, книзу прилежит мочевого пузырь (рис. 2). Отмечается множественное увеличение лимфоузлов брыжейки.

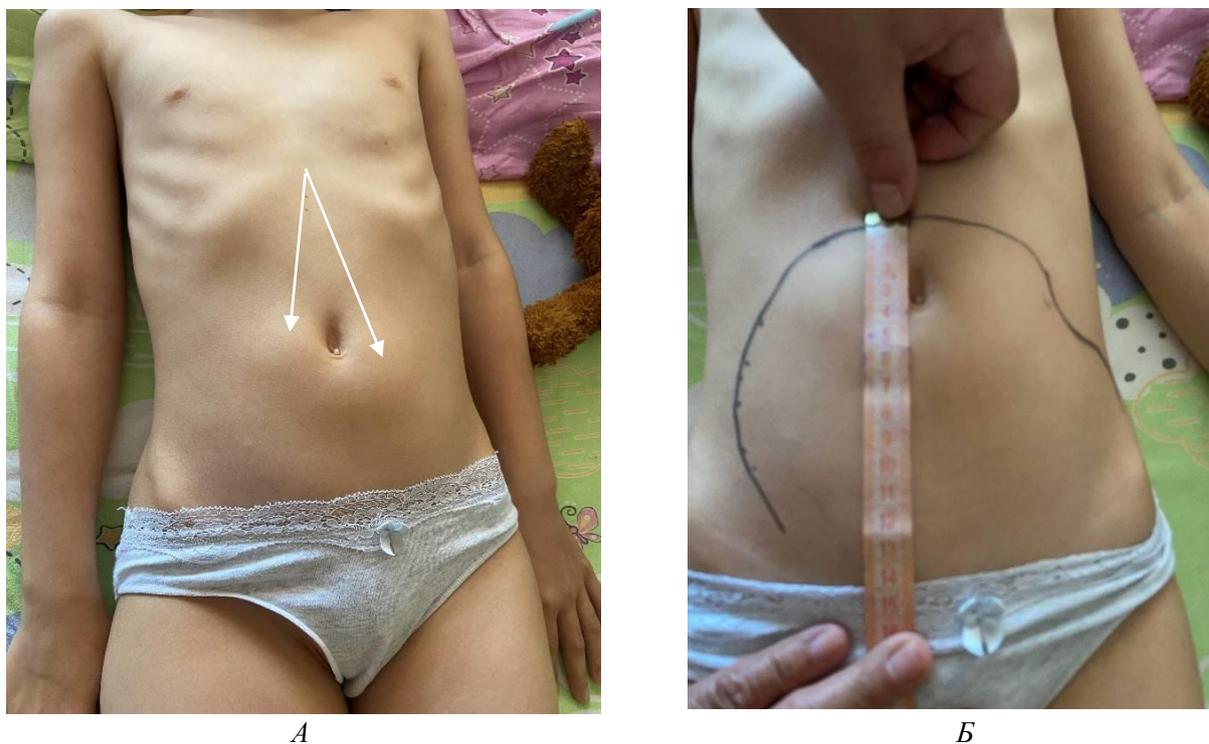


Рис.1. Внешний вид больной при поступлении: А - живот увеличен в размерах за счет выбухания в нижних отделах. Вокруг пупка и ниже имеются видимые на глаз опухолевидные образования, сливающиеся между собой (отмечено стрелками); Б – при пальпации определяется больших размеров крупно-узловатая опухоль, умеренно болезненная, имеющая довольно четкий, неровный контур. Верхняя граница опухоли находится выше пупка, нижняя уходит в малый таз.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, клинического осмотра, результатов инструментальных методов исследования, после обсуждения пациентки с руководителем научного отдела проф. Шароевым Т.А. и заведующей онкологическим отделением №1 проф. Ивановой Н.М. установлен клинический диагноз: опухоль (лимфангиома?) брюшной полости с распространением в малый таз. Планировалась операция – удаление опухоли брюшной полости в плановом порядке. Однако, в связи с нарастанием болевого синдрома, обусловленного большими размерами опухоли, сдавлением органов малого таза, а также риском разрыва кистозной опухоли, был проведен врачебный консилиум, в ходе которого было принято решение о проведении срочного оперативного вмешательства.

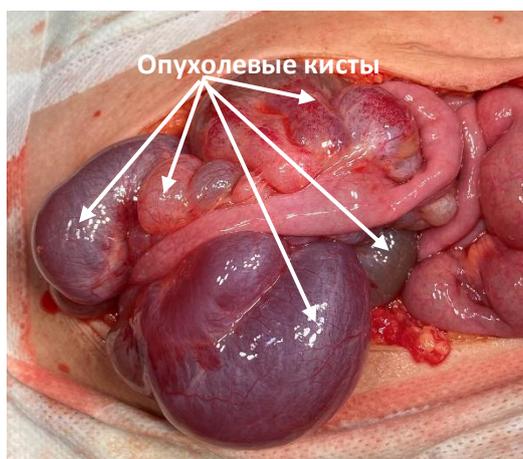


Рис. 2. КТ с контрастным усилением. Картина многополостного кистозного образования брюшной полости, располагающегося преимущественно в корне брыжейки, межпетельно, в подвздошных областях, в правом латеральном канале. Нижний отдел аорты и обе общие подвздошные артерии проходят в толще опухоли. Заключение: КТ-картина более соответствует мезентериальной лимфангиоме.

08.07.22. Операция: срединная лапаротомия. Удаление лимфангиомы брыжейки с резекцией терминального отдела подвздошной кишки, формирование илео-илео анастомоза.

Операционная бригада: хирург - проф. Шароев Т. А., ассистенты – к.м.н. Нишинов Д.К. и к.м.н. Шавырин И.А.; операционные сестры– Соловьёва Ю.И., Лунева Е.А.; врач-анестезиолог – Илларионов Ю. В.

Срединная лапаротомия. Послойно вскрыта брюшная полость. Разрез мягких тканей и дальнейшая операция проводилась с использованием электрохирургии (модульная станция ERBE Vio3): электронож, биполярный пинцет, ВУ-CLAMP, электроножницы. При осмотре средний и нижний отделы брюшной полости и малый таз занимает мультикистозное новообразование с тонкими стенками, без признаков злокачественности. Опухоль представлена солитарными и многокамерными кистами размерами от 1 до 7 см в диаметре, расположенными в области брыжейки терминального отдела подвздошной кишки и корня брыжейки. Опухолевые кисты на 2/3 окутывают терминальную часть подвздошной кишки на протяжении 35 см. Пораженный отдел подвздошной кишки заканчивался на расстоянии 10 см от илеоцекального угла (рис 3 А, Б).



3А



3Б

Рис. 3. Средний, нижний этаж брюшной полости и малый таз занимает мультикистозное новообразование с тонкими стенками, представленное как солитарными, так и многокамерными кистами размерами от 1 до 7 см (А) расположенными в области брыжейки терминальной части подвздошной кишки, в области корня брыжейки, и, практически, на 2/3 окутывающее подвздошную кишку на протяжении 35 см (Б)

Учитывая множественный характер поражение брыжейки тонкой кишки, доброкачественность процесса, наличие опухолевых узлов в корне брыжейки тонкой кишки наиболее целесообразным является рассечение стенок кист и их иссечение в области корня брыжейки и резекция терминального отдела подвздошной кишки, поскольку удалить новообразования в области кишечной стенки без повреждения питающих сосудов и последующего некроза данного участка кишки не представляется возможным. Последовательно рассечены стенки кистозных образований в области корня брыжейки, удалена желтоватая жидкость без запаха. Стенки кист иссечены, ложе обработано аргоновой плазмой. Выполнена резекция терминального отдела подвздошной кишки на протяжении 35 см (рис. 4) с формированием илео-илео анастомоза «бок-в-бок» (рис. 7) Образовавшийся дефект брыжейки ушит узловыми швами (Викрил 5.0). При осмотре признаков ишемизации кишечника не выявлено. Просвет наложенного анастомоза - 2,5 см.



Рис.4. Макропрепарат: участок резецированного отдела подвздошной кишки с множественными кистозными новообразованиями

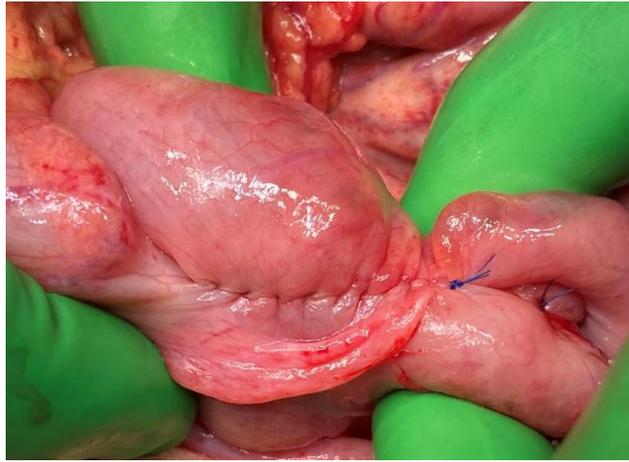


Рис. 7. Сформированный илео-илео анастомоз «бок-в-бок». Просвет анастомоза – 2,5 см

Рана живота послойно ушита, с оставлением в зоне анастомоза и подпеченочном пространстве дренажных систем. Операционный материал направлен на гистологическое исследование. Течение послеоперационного периода без осложнений.

Таким образом, несмотря на большой объем опухолевого поражения, анатомически труднодоступное расположение (корень брыжейки), операция может быть выполнена с минимальной кровопотерей, без интра- и послеоперационных осложнений благодаря опыту выполнения хирургических вмешательств у операционной бригады и использованию инновационных методов хирургии.

Проф. Шароев Т.А.

Материалы для публикации и фотографии подготовлены студенткой педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова Погосовой А.Р.