

Бабич И.И., Шилов Г.Л.

ОСЛОЖНЕНИЕ ЛИМФАНГИОМЫ КОРНЯ БРЫЖЕЙКИ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ

ГБУ «Ростовская областная детская больница», Ростов-на-Дону

Babich I.I., Shilov G.L.

COMPLICATION OF MESENTERIC ROOT LYMPHANGIOMA IN A 12 YEAR OLD

State Budgetary Institution of the Rostov Region 'Regional Children's Hospital'

Резюме

Цель данного сообщения – демонстрация редкого осложнения лимфангиомы брыжейки подвздошной кишки – нагноения лимфангиомы корня брыжейки.

Ключевые слова: лимфангиома, забрюшинное пространство, дети

Abstract

The purpose of this article is to demonstrate a rare complication of an ileal mesenteric lymphangioma. This example clearly demonstrates a rare complication in the form of suppuration of the mesenteric root lymphangioma.

Key words: lymphangioma, retroperitoneal space, children

Лимфангиома – доброкачественная опухоль, исходящая из лимфатических коллекторов. Различают 3 типа лимфангиом: капиллярную (простую), кистозную, кавернозную. Клинические симптомы лимфангиомы зависят от ее вида, локализации и осложнений [1, 2, 9].

Течение лимфангиом благоприятное, что связано с их медленным ростом. Однако следует иметь в виду осложнения, которые могут наблюдаться в клиническом течении опухоли. К наиболее частым из них относится воспаление. Инфицирование опухоли происходит по лимфатическим путям.

Симптомы лимфангиомы с осложнениями. Воспаление с нагноением содержимого лимфангиомы сопровождается резким ухудшением общего состояния ребенка, высоким подъемом температуры и быстрым развитием гнойной интоксикации организма. При этом опухоль значительно увеличивается в объеме, становится плотной и болезненной, кожные покровы гиперемированы, горячие на ощупь. Отмечаются увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов, явления лимфангита. Как правило, воспалительный процесс держится 2–3 нед, после его стихания лимфангиома приобретает свой первоначальный вид. Через несколько месяцев могут наблюдаться рецидивы [3, 6, 10].

Лимфангиомы наиболее часто локализуются в проекции крупных лимфатических коллекторов: на шее, в подмышечных впадинах, паховых областях. Лимфангиомы брюшной полости встречаются в 1–3,5% наблюдений. Для них характерен медленный рост без выраженных клинических симптомов. Осложнения в виде воспалений и нагноения полости лимфангиомы встречаются крайне редко – 0,3–1% наблюдений, они сопровождаются резким увеличением образования, подъемом температуры, признаками интоксикации [1, 5, 8].

Цель данного сообщения – демонстрация редкого осложнения лимфангиомы брыжейки подвздошной кишки.

Клиническое наблюдение

Ребенок М., 12 лет, поступил в хирургическое отделение областной детской больницы 3 марта 2015 г. с жалобами на резкое увеличение живота в размерах в течение 3–5 дней, субфебрильную температуру.

Анамнез. Со слов родителей, заболел 27 февраля 2015 г., когда внезапно поднялась температура до 39 °С, за медицинской помощью не обращались, лечились дома самостоятельно, через несколько дней отметили нарастающее увеличение живота.

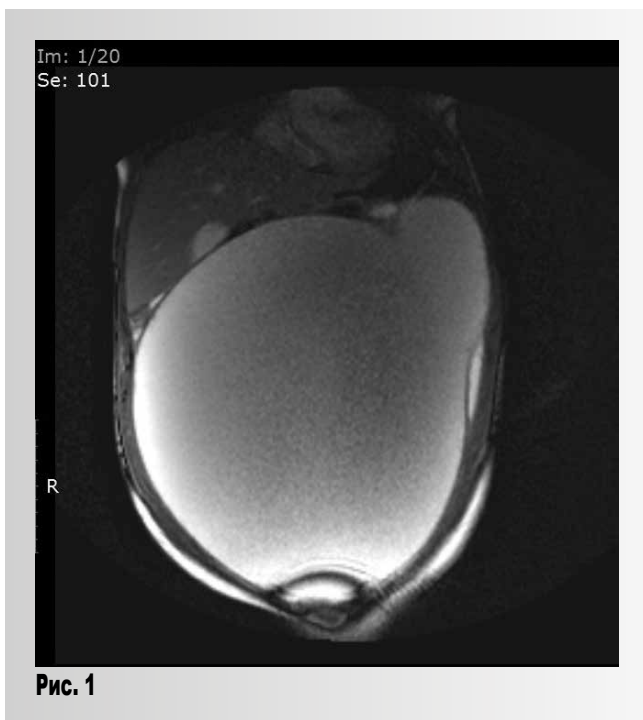


Рис. 1

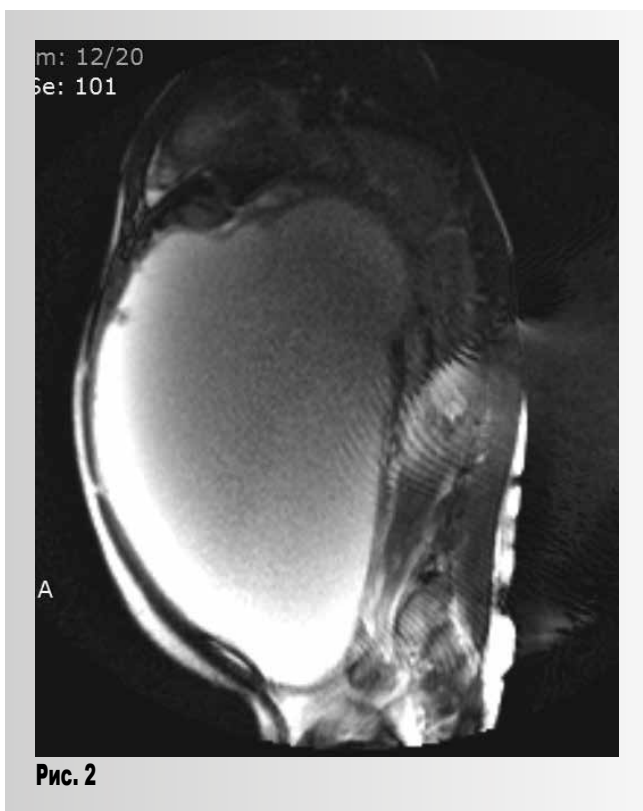


Рис. 2

При этом явлений непроходимости не выявлено: рвоты не отмечалось, стул самостоятельный. Обратились в Центральную районную больницу по ме-



Рис. 3



Рис. 4

сту жительства, где при магнитно-резонансной томографии (МРТ) брюшной полости было выявлено обширное кистозное образование. Из центральной районной больницы ребенок переведен в хирургическое отделение Ростовской областной детской больницы. Состояние ребенка при поступлении расценено как тяжелое: кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор тканей снижен, отмечается одышка до 50/мин, дыхание жесткое, в нижних отделах не прослушивается. В IV–V межреберье определяется притупление перкуторного звука. Живот резко увеличен в размерах. Отмечается асимметрия передней брюшной стенки вправо. Стул, диурез не нарушены. При лабораторном

исследовании выявлены умеренная анемия и гипопротенемия, остальные показатели в пределах возрастной нормы. На рентгенограмме органов грудной клетки определяется резкое смещение купола диафрагмы до уровня IV–V межреберья. По данным МРТ брюшной полости лоцируется обширное кистозное образование, занимающее всю правую половину брюшной полости от подпеченочного пространства до малого таза (рис. 1, 2). Образование заполнено жидкостью. После общеклинического обследования ребенку по срочным показаниям в связи с ухудшением состояния проведены лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, удаление кисты корня брыжейки, резекция сальника и подвздошной кишки, наложение анастомоза, дренирование брюшной полости. Под эндотрахеальным наркозом правым трансректальным разрезом длиной 25 см послойно вскрыта брюшная полость.

В рану прилежит обширное объемное образование, интимно спаянное с париетальной брюшиной. Образование пропунктировано, получено около 15 л бурой жидкости, взят посев на флору и чувствительность к антибиотикам. Стенки кисты покрыты фибрином (рис. 3). Содержимое кисты полностью удалено, полость промыта 0,5%-ным раствором хлорамина до чистой воды. Стенки кисты плотные. Тупым и острым путем киста отделена от окружающих петель кишечника, селезенки, печени (рис. 4). Резецирована прилегающая прядь большого сальника размером 5,0×8,0 см. Основание кисты расположено в корне брыжейки подвздошной кишки, на 50 см выше илеоцекального угла. Стенка кисты интимно спаяна с подлежащими петлями кишечника. Просвет практически полностью обтурирован.

Проведена резекция петель подвздошной кишки на протяжении 30 см. Наложена прямая анастомоз «конец в конец» в пределах здоровых тканей. В корень брыжейки введено 10,0 мл 0,5%-ного раствора новокаина. Брюшная полость промыта 0,5%-ным раствором хлорамина. Через разрез в правой подвздошной области длиной 1 см в нижний этаж брюшной полости введена дренажная трубка с внутренним диаметром 1 см, проба на ге-

мостаз – сухо. Лапаротомная рана послойно ушита наглухо. Макропрепараты – оболочки кисти размером до 25,0×20,0×20,0 см с участком резецированной кишки длиной 30 см, прядь сальника размером 5,0×8,0 см.

При осмотре после операции обращает на себя внимание деформация грудной клетки в виде развернутых апертур, свидетельствующая о длительности процесса, резко запавший живот.

В послеоперационном периоде ребенок находился в реанимационном отделении, где ему проводилась интенсивная терапия. Парез кишечника купировался в конце 2-х послеоперационных суток. Дренажные трубки удалены на 4-е послеоперационные сутки при полном отсутствии отделяемого. Получал симптоматическую и антибактериальную терапию в течение 5 дней, на 5-е сутки назначен общий двигательный режим. На 10-е сутки ребенок в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение педиатра и хирурга по месту жительства.

Гистологическое исследование. Микроскопически – кистозная гемлимфангиома с очаговыми некрозами, выраженным хроническим воспалением. Гемлимфангиома спаяна с серозной оболочкой тонкой кишки, выявлено очаговое изъязвление в слизистые оболочки кишки. В подслизистой, мышечной и серозной оболочках отмечается диффузная инфильтрация эозинофилами, сегментоядерными лейкоцитами, лимфоцитами, гистиоцитами, на остальном протяжении в стенке тонкой кишки в слизистой обнаружены очаговая инфильтрация эозинофилами, лимфоцитами, сегментоядерными лейкоцитами, гиперплазия лимфоидного фолликула. В подслизистой оболочке обнаружены выраженный отек, множественные кистозно-расширенные лимфатические сосуды с пенистыми макрофагами в просвете, очаговая инфильтрация лимфоцитами; в серозной оболочке – диффузная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами, лимфоцитами, фибрином. *Заключение:* флегмонозная деструкция лимфангиомы корня брыжейки.

Данный пример демонстрирует редкое осложнение в виде нагноения лимфангиомы корня брыжейки.

Список литературы

1. *Ашкрафт К. У., Холдер Г. М.* Детская хирургия. – СПб.: Раритет М, 1999. – 400 с.
2. *Грона В. Н., Литовка В. К., Журило И. П., Латышов К. В.* Опухоли и опухолеподобные образования у детей. – Донецк: НордПресс, 2010. – 364 с.
3. *Журило И. П., Литовка В. К., Кононученко В. П., Москаленко В. З.* Опухоли и опухолеподобные образования брюшной полости и забрюшинного пространства у детей. – Донецк: Донеччина, 1997. – 152 с.
4. *Литовка В. К., Журило И. П., Грона В. Н. и др.* Кишечная непроходимость, обусловленная необластическими процессами у детей // *Хірургія дитячого віку*. 2004. №4. С. 27–30.
5. *Литовка В. К., Журило И. П., Латышов К. В. и др.* О лимфангиомах у детей // *Педиатрия на пороге третьего тысячелетия: Сборник научных трудов*. – Донецк: НордКомпьютер, 2007. С. 140–142.
6. *Москаленко В. З., Журило И. П., Литовка В. К.* Редкие случаи в практике детского хирурга. – Донецк: Донеччина, 2004. – 162 с.
7. *Приходченко В. В.* Лимфангиомы у детей: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Л., 1986. – 20 с.
8. *Coh B. K., Tan Y. M., Ogn H. S. et al.* Intra abdominal and retroperitoneal lymphangiomas in pediatric and adult patients // *World J. Surg.* 2005. Vol. 29, N 7. P. 873–840.
9. *Costa C., Rocha G., Grillo M. et al.* Neonatal tumors // *Acta Med. Port.* 2010. Vol. 23, N 3. P. 405–412.
10. *Day W., Kan D. M.* A small bowel lymphangioma presenting as a volvulus // *Hong Kong Med. J.* 2010. Vol. 16, N 3. P. 233–234.

Авторы

БАБИЧ
Игорь Иванович

Профессор, доктор медицинских наук, детский хирург ГБУ «Ростовская областная детская больница». 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. 339-й стрелковой дивизии, 14. Тел.: 8 (863) 297-06-82 (раб.), +7 (988) 891-90-17 (моб.). E-mail: xirurgodb@yandex.ru.

ШИЛОВ
Глеб Леонидович

Детский хирург ГБУ «Ростовская областная детская больница». 344015, г. Ростов-на-Дону, ул. 339-й стрелковой дивизии, 14. Тел.: 8 (863) 297-06-82 (раб.), +7 (918) 502-22-62 (моб.).