

КИСТОЗНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПОДПЕЧЕНОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА У НОВОРОЖДЕННОГО: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Дорофеева Е.И., Филиппова Е.А., Подуровская Ю.Л.,
Буров А.А., Никифоров Д.В., Кулабухова П.В.,
Чухрова Н.С., Толкачева Е.М.

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. В.И. Кулакова, Москва, Россия

Актуальность. Кистозные образования брюшной полости и забрюшинного пространства относятся к редким находкам у плода и новорожденных детей, сложны в диагностике и выборе сроков и объема лечения.

Цель: демонстрация особенностей диагностики и хирургического лечения пациента с врожденным объемным кистозным образованием сложной анатомической локализации.

Описание наблюдения. Девочка у матери 27 лет от 1-й беременности, протекавшей на фоне ретрохориальной гематомы в I триместре, далее без особенностей. По данным УЗИ плода в 16 нед. выявлена анэхогенная киста подпеченочного пространства, которая увеличилась в диаметре с 10 до 25 мм к доношенному сроку беременности. На этапе внутриутробного наблюдения образование расценивали как кисту общего желчного протока. Роды своевременные самопроизвольные, состояние ребенка соответствовало раннему неонатальному периоду. УЗИ: округлое объемное образование подпеченочного пространства с толстой стенкой и анэхогенным содержимым, диаметром 30 мм. Выполнено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование: биохимия крови, МРТ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с детальной оценкой билиарной системы и применением доплерографии и фьюжн-технологии. Проводили дифференциальную диагностику между кистой общего желчного протока, головки поджелудочной железы, удвоением двенадцатиперстной кишки и внеорганным кистозным образованием. У ребенка отсутствовали клинические и лабораторные данные холестаза. УЗИ желчных путей — размер и сократимость желчного пузыря в норме, внутривенные желчные протоки не расширены, холедох на протяжении нормального диаметра, огибает вышеописанное образование. Вирсунгов проток не расширен, однако головка поджелудочной железы тесно прилежит к кисте. МРТ (MRCP) данные подтвердили отсутствие связи образования с внутри- и внепеченочными желчными протоками и протоками поджелудочной железы. Методика совмещения изображений МРТ и УЗИ (фьюжн) помогла топически оценить расположение кисты относительно двенадцатиперстной кишки, исключить связь образования с холедохом. Таким образом, наиболее вероятным диагнозом считали дубликационную кисту двенадцатиперстной кишки, несмотря на отсутствие очевидной связи с ее стенкой. На 10-е сутки жизни выполнена операция — диагностическая лапароскопия, лапароскопическое удаление объемного образования забрюшинного пространства справа. Киста с толстой стенкой прилежала непосредственно к головке поджелудочной железы, не имела связи с протоковыми системами и стенкой двенадцатиперстной кишки, полностью выделена по границе без повреждения ткани поджелудочной железы. Течение анестезии и послеоперационного периода гладкое. Энтеральное питание возобновлено через 3 ч после операции. Выписана домой на 4-е послеоперационные сутки. Катамнез к настоящему времени 6 мес., растет и развивается по возрасту, жалоб нет. По данным морфологического исследования стенка образования соответствует дубликационной кисте толстой кишки с очагами лимфоцитарной инфильтрации.

Заключение. Применение современных методов предоперационного обследования позволяет провести дифференциальную диагностику образований сложной анатомической локализации,

максимально приблизиться к правильному диагнозу, избрать тактику и подготовиться к хирургическому вмешательству. Эндоскопический доступ выполнения операций у новорожденных детей снижает операционную травму и сокращает срок выздоровления пациентов.

Ключевые слова: объемное образование; удвоение кишечника; ультразвуковая фьюжн-диагностика; новорожденный; лапароскопия.