

Спиридонов А.А.

# ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КИСТ ЯИЧНИКОВ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Детская городская больница с перинатальным центром, г. Нижнекамск, Республика Татарстан

Spiridonov A.A.

## TRANSUMBILICAL APPROACH IN OPERATIONS ON THE LARGE SIZES OVARIAN CYSTS IN NEWBORNS

Municipal Children's Hospital with perinatal center, Nizhnekamsk, Republic of Tatarstan

### Резюме

В настоящее время лапароскопические методы в лечении девочек с опухолеподобными образованиями придатков матки являются приоритетными. В статье представлены результаты оперативного лечения с применением трансумбиликального мини-инвазивного доступа двух новорожденных девочек по поводу кисты яичника больших размеров. Анализ данных клинических наблюдений свидетельствует о том, что у некоторых больных применение открытого мини-инвазивного операционного доступа оказывается более щадящим и косметически более выгодным.

**Ключевые слова:** опухолевидные образования яичников, оперативное лечение, трансумбиликальный доступ, новорожденные

### Abstract

Laparoscopic techniques in the treatment of girls with tumor-like formations of the uterus are the priority at the last time. The article presents the results of operative treatment of two newborn girls with large ovarian cysts with open minimally invasive transumbilical approach. The analysis of this clinical observations shows that use of minimally invasive open surgical approach is more gentle in some patients.

**Key words:** tumor formation of ovarian, surgery, transumbilical approach, newborns

Кисты яичников – широко распространенная патология, которая, по данным разных авторов, встречается у 4,6–15% девочек во всех возрастных группах [2, 12, 13]. В связи с внедрением в клиническую практику пренатальной ультразвуковой диагностики частота выявления патологии придатков матки у новорожденных составляет 1:2500 [3–5, 9]. В общей структуре опухолевидных образований яичников серозные цистаденомы, развивающиеся из поверхностного эпителия, занимают 2-е место и составляют 5–29,2% [13, 14]. При необходимости проведения оперативного лечения в настоящее время наряду с традиционными лапаротомными доступами широко применяются эндохирургические вмешательства, обладающие такими ценными преимуществами, как малая травматичность операционного доступа, отличный визуальный контроль

всех этапов операции в условиях интраоперационного увеличения, ускорение послеоперационной реабилитации и великолепный косметический эффект [1, 6–8, 10, 11, 15]. Но у некоторых больных с кистами яичника больших размеров применение открытого трансумбиликального мини-инвазивного операционного доступа оказывается более щадящим и косметически выгодным даже по сравнению с лапароскопическим.

### Материал и методы исследования

В основу статьи легли наблюдения двух новорожденных девочек, оперированных по поводу простых эпителиальных серозных кист яичника больших размеров. У обеих пациенток диагноз был установлен по данным эхографии, внутриутробно, в III триместре беременности. В анамнезе у мате-



**Рис. 1.** Эхограмма девочки А. Слева от мочевого пузыря визуализируется анэхогенное округлое образование размером 58×51×43 мм с гиперэхогенными включениями



**Рис. 2.** Эхограмма девочки Б. Справа от мочевого пузыря визуализируется анэхогенное образование размером 77×82×59 мм с эффектом дорзального усиления, внутреннее содержимое кисты с осадком

рей отмечались экстрагенитальные заболевания: ОРВИ, пневмония, хронический пиелонефрит. Беременность протекала с анемией, угрозой прерывания. Девочки родились естественным путем, роды срочные, вес при рождении – 2800 г. и 3300 г. Оценка по Апгар 7–8 баллов. Из роддома на 6-е сутки переведены в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. Обеим проведены развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ и анализ кислотно-основного состояния крови, нейросонография, эхокардиография, ультразвуковое сканирование (рис. 1, 2).



**Рис. 3.** Интраоперационное фото: разделения спаек между стеной кисты правого придатка и петлей сигмовидной кишки



**Рис. 4.** Фото передней брюшной стенки пациентки через неделю после снятия швов

Учитывая большие размеры кист (свыше 5,0 см в диаметре), а также наличие гиперэхогенной взвеси, косвенно свидетельствовавшие о внутриутробном перекруте, выставлены показания к операции. Под эндотрахеальным наркозом выполнен трансумбиликальный доступ по нижней полуокружности пупочного кольца. Сухожильное кольцо рассечено вниз с отведением урахуса и пупочных артерий латерально в стороны. Используя более высокое расположение и анатомическую мобильность придатков матки у новорожденных, к ране подведен участок кисты. Проведены пункция с соблюдением правил асептики, аспирация кистозного содержимого и взятие его для цитологического исследова-

ния и посева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

У девочки А. эвакуировано около 25,0 мл прозрачной желтой жидкости. После аспирации стенки кисты вместе с придатками выведены в рану, киста полностью удалена, маточная труба и яичник сохранены. Патологоанатомическое заключение: простая эпидермальная серозная киста.

У девочки Б. эвакуировано 45,0 мл мутной коричневого цвета жидкости с хлопьями. Диагностирован внутриутробный перекрут кисты с асептическим некрозом маточной трубы и спаечным процессом между стенкой кисты и петлей сигмовидной кишки (рис. 3).

Разделены спайки и удалены кисты с маточной трубой справа. В брюшной полости воспалительных изменений не выявлено. Послеоперационная рана ушита послойно наглухо. Цитологический

анализ: в пунктате выявлены эритроциты, единичные лейкоциты, клетки железистого эпителия. Атипичных клеток нет. Патологоанатомическое заключение: простая эпидермальная серозная киста с участками некроза стенки.

Послеоперационный период у обеих девочек протекал без осложнений, дети были активны с первых суток, пищевой режим не ограничивался. Швы сняты на 8-е сутки. Заживление ран первичным натяжением (рис. 4). Девочки выписаны домой с выздоровлением.

### Заключение

Анализ данных клинических случаев показывает возможность применения мини-инвазивного трансумбиликального доступа при лечении больших кист придатков матки у новорожденных с хорошим косметическим эффектом.

### Литература

1. Адамян Л.В., Глыбина Т.М., Поддубный И.В., Федорова Е.В., Короткова С.А. Лапароскопия как доступ выбора у девочек с доброкачественными опухолями и кистами придатков матки больших размеров // Проблемы репродукции. 2006. Т. 12. №2. С. 60–66.
2. Котлобовский В.И., Дронов А.Ф., Чундокова М.А. Заболевания гениталий у девочек. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 454–470.
3. Коколина В.Ф., Дронов А.Ф., Голоденко Н.В., Залихин Д.В., Чундокова М.А., Маннанов А.Г., Мокрушина О.Г., Левитская М.В., Аль-Машат Н.А., Трунов В.О., Шумихин В.С., Кашко О.В. Опухолевидные образования яичников у новорожденных // Детская хир. 2008. №4. С. 43–47.
4. Майер Ю.И., Гусейнова А.Э., Майер П.О. Новообразования яичников у новорожденных // Научный медицинский вестник Югры. 2014. №1–2 (5–6). С. 118–121.
5. Марухно Н.И., Шапкин В.В., Черныш А.Н. и др. Кисты яичников у новорожденных // Pacific Medical Journal. 2005. №3. Р. 85–88.
6. Муслимова С.Ю., Латыпова Г.Г., Уварова Е.В. Особенности диагностики и лечения опухолей и опухолевидных образований яичников у новорожденных и грудных детей // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013. №5. С. 41–53.
7. Поспелов М.С., Акрамов Н.Р., Пантелева Н.Н., Матвеева Е.Ф., Нагуманова Э.А. Применение единого эндовидеохирургического доступа при патологии придатков матки у девочек // Практическая медицина. 2012. №7–1. С. 85.
8. Разумовский А.Ю., Гераськин А.В., Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей: современное состояние и перспективы // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2010. №1. С. 29–40.
9. Чундокова М.А., Коколина В.Ф., Голоденко Н.В., Левитская М.В., Мокрушина О.Г. Диагностика и лечение опухолевидных образований яичников у новорожденных // Вопросы современной педиатрии. 2006. Т. 5. №1. С. 650.
10. Щебенков М.В. Эндовидеохирургия в детской практике // Избранные лекции по эндовидеохирургии. – СПб.: ООО «Фирма КОСТА», 2004. С. 191–204.
11. Akkoyun I., Gülen S. Laparoscopic cystectomy for the treatment of benign ovarian cysts in children: an analysis of 21 cases // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2012. Vol. 25. P. 364.

12. *Chiaramonte C, Piscopo A, Cataliotti F.* Ovarian cysts in newborns // *Pediatr. Surg. Int.* 2001. Vol. 17. P. 171.
13. *Laufer M.R.* Adnexal masses // *Emans, Laufer & Goldstein's. Pediatric and Adolescent Gynecology* / J.E. Emans, M.R. Laufer (Eds.). – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. –381 p.
14. *Papic J.C., Billmire D.F., Rescorla F.J.* et al. Management of neonatal ovarian cysts and its effect on ovarian preservation // *J. Pediatr. Surg.* 2014. Vol. 49. P. 990.
15. *Visnjic S., Domljan M., Zupancic B.* Two-port laparoscopic management of an autoamputated ovarian cyst in a newborn // *J. Minim. Invasive. Gynecol.* 2008. Vol. 15. No 3. P. 366–369.

### Авторы

**СПИРИДОНОВ**  
**Алексей Анатольевич**

Заведующий хирургическим отделением Детской городской больницы с перинатальным центром г. Нижнекамска, главный детский хирург Управления здравоохранения Нижнекамского муниципального района. 423570, Республика Татарстан, г. Нижнекамск, ул. Менделеева, д. 45. E-mail: doctor\_lecter@bk.ru