

Соколов Ю.Ю., Донской Д.В., Вилесов А.В., Шувалов М.Э., Дзядчик А.В., Самсиков Г.А.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫМИ ЛИМФАНГИОМАМИ

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, кафедра детской хирургии, Москва;
Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва;
Тушинская детская городская больница, Москва

Sokolov J.J., Donskoy D.V., Vilesov A.V., Shuvalov M.E., Dzyadchik A.V., Samsikov G.A.

SURGICAL INTERVENTION IN CHILDREN WITH INTRAABDOMINAL LYMPHANGIOMA

Department of Pediatric Surgery GBOU DPO «Russian Medical Academy of Postgraduate Education», the Ministry of Health of Russia, Moscow; City Children's Hospital of St. Vladimir, Moscow; Tushino City Children's Hospital, Moscow

Резюме

В работе представлен опыт оперативных вмешательств у 35 детей возрасте от 3-х мес до 15 лет с интраабдоминальными лимфангиомами различных анатомических локализаций и органной принадлежности. Определены показания к применению лапаротомных и лапароскопических вмешательств. Показана высокая эффективность применения у 27 больных лапароскопических и видеоассистированных операций.

Ключевые слова: интраабдоминальные лимфангиомы, лимфангиома селезенки, лапароскопическое иссечение лимфангиом

Abstract

This paper presents the experience of surgical interventions in 35 children aged 3 months to 15 years with intra-abdominal lymphangioma different anatomical locations and organ supplies. Indications for use laparotomic and laparoscopic surgery. Demonstrated high efficacy in 27 patients with laparoscopic and Videoassisted operations.

Key words: intraabdominal lymphangioma, lymphangioma spleen laparoscopic excision of lymphangiomias

Актуальность

Лимфангиомы (ЛГ) относятся к врожденным доброкачественным кистозным опухолям, исходящим из лимфатической системы. Частота интраабдоминальных ЛГ варьирует от 1:2000 до 1:100 000 [4]. ЛГ составляют неоднородную по структуре, локализации и органной принадлежности группу кистозных образований брюшной полости и забрюшинного пространства.

Материал и методы исследования

В клиниках кафедры детской хирургии РМАПО за последние 5 лет оперативные вмешательства были выполнены 35 детям с интраабдоминальными ЛГ. Возраст больных колебался от 3-х мес до 15 лет. Мезентериальные ЛГ наблюдали у 15 (42,85%) больных, забрюшинные

ЛГ – у 6 (17,14%), ЛГ селезенки – у 6 (17,14%), ЛГ большого сальника – у 3 (8,57%), ЛГ диафрагмы – у 2 (5,71%), ЛГ поджелудочной железы – у 2 (5,71%), ЛГ левого надпочечника – у 1 (2,85%) ребенка.

Для уточнения происхождения кистозного образования брюшной полости и забрюшинного пространства во всех случаях использовали ультразвуковое исследование (УЗИ), в ряде случаев по показаниям – спиральную компьютерную томографию (СКТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Лапаротомные операции были выполнены 8 (22,85%) больным. Иссечение мезентериальной ЛГ произведено 4 пациентам, из них резекция подлежащего сегмента тонкой кишки потребовалась в 3-х случаях. Забрюшинные ЛГ илеоцекальной

области удалены у 2-х детей. Резекция селезенки по поводу гигантской ЛГ выполнена 1 больной. Обширная ЛГ хвоста поджелудочной железы и сальниковой сумки была резецирована в 1 наблюдении (рис. 1).

Лапароскопические вмешательства выполнены 27 (77,14%) больным. Только в 1 (3,7%) случае обширной кавернозной ЛГ брыжейки лапароскопия носила диагностический характер (рис. 2). Во всех остальных 26 (96,3%) наблюдениях были выполнены радикальные операции.

Тотальное лапароскопическое иссечение ЛГ выполнено 15 (55,5%) детям, из них мезентериальные ЛГ были у 6, забрюшинные ЛГ – у 4, ЛГ диафрагмы – у 3 и ЛГ большого сальника – у 2 больных (рис. 3). Лапароскопическая трансперитонеальная адреналэктомия была выполнена 1 ребенку с ЛГ левого надпочечника.

В 5 наблюдениях рецидивов ЛГ селезенки лапароскопическая фенестрация с обработкой остаточной полости кисты аппаратом радиочастотной абляции Cool-tip выполнена 2 пациентам, лапароскопическая резекция селезенки с применением LigaSure проведена 3 детям (рис. 4). Лапароскопическая спленэктомия потребовалась в 1 случае многократно рецидивирующей ЛГ селезенки.

Видеоассистированные лапароскопические вмешательства применены в 4 (14,81%) наблюдениях мезентериальных ЛГ у детей раннего возраста.

Результаты исследования

Конверсия и завершение операции в открытом варианте потребовались в ходе лапароскопической резекции селезенки у 1 (3,7%) ребенка. Летальных исходов не было. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений во всех случаях. При гистологическом исследовании во всех наблюдениях подтвержден диагноз лимфатических кист. Рецидив в ранние сроки возник у 1 ребенка с ЛГ большого сальника. Во всех остальных наблюдениях в сроки от 2 мес до 5 лет рецидивов заболевания не отмечено.

Обсуждение результатов исследования

По данным литературы, интраабдоминальные ЛГ составляют 15% всех лимфатических мальформаций, 6% доброкачественных опухолей, 1–2% кистозных опухолей у детей. Наибо-

лее часто выявляется мезентериальная локализация интраабдоминальных ЛГ (70%), локализация в сальнике отмечается у 15% детей, в толстой кишке – у 10% и забрюшинное расположение – у 5% больных [4].

Несмотря на доброкачественный характер, ЛГ имеют инфильтративный рост, могут подвергаться воспалению и имеют склонность к рецидивам [3, 4]. В 75% наблюдений интраабдоминальные ЛГ диагностируются в возрасте до 5 лет (в среднем – в возрасте 2,5 лет).

Клинические проявления ЛГ разнообразны: пальпируемая опухоль в животе (25%), псевдоасцит (16,5%), «острый живот» и подозрение на острый аппендицит (30%), острая кишечная непроходимость, инвагинация или заворот сегмента тонкой кишки (20%). В половине наблюдений дети с интраабдоминальными ЛГ оперируются в экстренном и срочном порядке [2–4, 6].

В некоторых случаях ЛГ имеют бессимптомное течение и случайно выявляются при УЗИ органов брюшной полости как анехогенные мультикистозные образования с множественными тонкостенными перегородками [2, 3].

СКТ и МРТ могут помочь в установлении локализации (мезентериальная, забрюшинная) кистозного образования, а также дать информацию об органной принадлежности опухоли и ее соотношении с магистральными мезентериальными и забрюшинными сосудами [2, 3, 6]. Однако лучевые методы диагностики не всегда позволяют отличить обширную интраабдоминальную ЛГ от асцита.

Лапаротомные вмешательства у детей с интраабдоминальными ЛГ применяли до внедрения мини-инвазивных технологий. Наш опыт свидетельствует, что открытые вмешательства целесообразны при обширных кавернозных мезентериальных ЛГ и/или кистах сложной анатомической локализации, такой как забрюшинная и сальниковая сумка. Также лапаротомия потребовалась больной с гигантской ЛГ селезенки, содержащей 7 л жидкости. Только после опорожнения кисты удалось мобилизовать и экстраперитонизировать селезенку, после временного пережатия гилיוзных сосудов была выполнена резекция верхней половины органа с кистой.

В последние годы у детей с интраабдоминальными ЛГ мы стали широко выполнять лапароско-

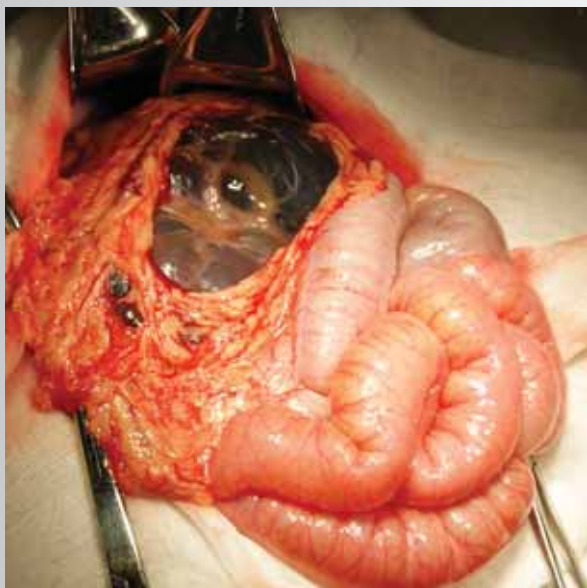


Рис. 1. Лимфангиома больших размеров, исходящая из салыниковой сумки и хвоста поджелудочной железы



Рис. 3. Обширная лимфангиома брыжейки сигмовидной кишки при лапароскопии



Рис. 2. Кавернозная лимфангиома корня брыжейки тонкой кишки



Рис. 4. Вид культи верхней половины селезенки после лапароскопической резекции нижней половины селезенки с лимфангиомой

пические вмешательства, хотя в литературе имеется неоднозначное мнение о возможности применения лапароскопического доступа при рассматриваемой патологии [2].

Лапароскопические операции показали свою высокую эффективность при кистозных мезентериальных ЛГ, ЛГ большого сальника, а также ЛГ диафрагмы и надпочечника. Во всех случаях без технических трудностей в ходе операций уда-

лось полностью иссечь кистозные образования и выполнить адреналэктомию при ЛГ надпочечника.

Размеры кистозной полости не имеют принципиального значения для выполнения лапароскопических операций. Опорожнение кисты в начале вмешательства позволяет создать необходимое рабочее пространство в брюшной полости и завершить операцию в лапароскопическом или ви-

деоассистированном варианте. При последнем способе, особенно у детей младшего возраста, в ходе лапароскопии опорожняли кистозные полости брыжейки с последующей экстраперитонизацией на переднюю брюшную стенку через расширенный окологрунтопочный троакарный доступ пораженного сегмента кишки. После открытого иссечения ЛГ выведенный сегмент кишки погружали в брюшную полость.

У 2-х детей с мезентериальными ЛГ нам удалось выполнить вмешательство через единый трансумбиликальный доступ, используя 2 порта: 10-миллиметровую оптику с 6-миллиметровым рабочим каналом и 3-миллиметровые инструменты. После лапароскопического опорожнения кисты сегмент тонкой кишки был экстраперитонизирован на переднюю брюшную стенку через трансумбиликальный доступ, после чего ЛГ была иссечена открытым способом.

Из всех оперированных больных резекция сегмента кишки с мезентериальной ЛГ потребовалась только у 3-х детей. Мы считаем принципиально возможным иссечение стенок кистозной полости с сохранением брыжеечных сосудов без вмешательства на прилежащем сегменте тонкой или толстой кишки. Подобные вмешательства у оперированных нами больных в отдаленные сроки не сопровождались рецидивом ЛГ.

При рецидивирующих ЛГ селезенки после перенесенных ранее фенестраций нами апробированы две методики. При центрально расположенных кистах селезенки у 2-х детей выполняли повторную широкую фенестрацию и обработку остаточной полости кисты с помощью аппарата радиочастотной абляции Cool-tip, применяемого во взрослой хирургии для воздействия на метастатические поражения печени. В 3-х наблюдениях интрапаренхиматозно расположенных кист и в кистах больших размеров, занимавших половину органа, была апробирована лапароскопическая резекция селезенки. Для этого после пересечения связочного аппарата верхней

(или нижней) половины селезенки коагулировали и пересекали полусные селезеночные сосуды. Затем по линии демаркации с помощью LigaSure производили поперечную резекцию селезенки. Срез культы оставшейся половины селезенки обрабатывали аргоновой коагуляцией. Необходимость в конверсии потребовалась в 1 наблюдении ввиду неконтролируемого кровотечения, возникшего из сосудов грудной стенки вследствие воздействия коагуляции.

В 1 случае рецидива ЛГ большого сальника при повторной лапароскопии было установлено, что киста исходит из забрюшинного пространства и хвоста поджелудочной железы. При повторном лапароскопическом вмешательстве удалось уточнить анатомо-топографические взаимоотношения и полностью резецировать кисту.

Выводы

1. Выбор оперативного доступа и объема хирургических вмешательств у детей с интраабдоминальными ЛГ определяется видом (кистозная, кавернозная) кистозного образования, его локализацией (мезентериальная, забрюшинная) и органной принадлежностью.

2. Оптимальным объемом операции при мезентериальных ЛГ следует считать лапароскопическое иссечение стенок кистозной полости с сохранением мезентериальных сосудов и прилежащего сегмента кишки. При этом можно применять как тотальные лапароскопические вмешательства, так и видеоассистированные операции.

3. При ЛГ селезенки возможны как широкая фенестрация кисты с обработкой остаточной полости радиочастотной абляцией, так и лапароскопическая резекция селезенки.

4. При локализации ЛГ вблизи почечных сосудов, нижней полой вены, аорты, верхней брыжеечной вены высока вероятность конверсии, что требует осторожного и продуманного выбора оперативного доступа.

Список литературы

1. Кубышкин В. А., Ионкин Д. А. Опухоли и кисты селезенки. – М.: Медпрактика-М, 2007. С. 57–63.
2. Шароев Т. А., Бурков И. В., Ковалев Д. В. и др. Лимфангиомы брыжейки тонкой кишки у детей (обзор литературы и собственные клинические наблюдения) // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2012. Т. II, №2, С. 58–63.

3. *Konen O., Rathaus V., Dlugy E. et al.* Childhood abdominal cystic lymphangioma // *Pediatr. Radiol.* 2002. Vol. 32. P. 88–94.
4. *de Lagausie P., Bonnard A., Berrebi D. et al.* Abdominal lymphangiomas in children: interest of the laparoscopic approach // *Surgical Endoscopy.* 2007. Vol. 21. P. 1153–1157.
5. *Singh R., Govindarajan K., Bowen C., Chandran H.* Retroperitoneal cystic lymphangioma: a rare presentation in childhood, treated laparoscopically // *J. Laparoend. Adv. Surg. Techn.* 2009. Vol. 19, N 2, P. 249–251.
6. *Tran Son, Nguyen Liem.* Laparoscopic management of abdominal lymphatic cyst in children // *J. Laparoend. Adv. Surg. Techn.* 2012. Vol. 22, № 5. P. 505–507.

Авторы

Контактное лицо: СОКОЛОВ Юрий Юрьевич	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии РМАПО. Тел.: (985) 774-32-80. E-mail: sokolov-surg@yandex.ru.
ДОНСКОЙ Дмитрий Владимирович	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии РМАПО. Тел.: (910) 409-73-29.
ВИЛЕСОВ Алексей Владимирович	Врач отделения абдоминальной хирургии ДГКБ святого Владимира. Тел.: (910) 414-48-59.
ШУВАЛОВ Михаил Эдуардович	Заведующий отделением абдоминальной хирургии ДГКБ святого Владимира. Тел.: (916) 159-48-85.
ДЗЯДЧИК Александр Валерьевич	Врач отделения гнойной хирургии Тушинской городской детской больницы. Тел.: (916) 628-28-25.
САМСИКОВ Григорий Александрович	Ординатор кафедры детской хирургии РМАПО.